



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO” – UNESP
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

Andreza Belluomini Castro

**Construção e validação de uma estratégia educativa frente ao
medo do parto.**

**Construction and validation of an educational strategy regarding
fear of childbirth.**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita
Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do
título de Doutora, Programa de Pós-graduação em
Enfermagem – Doutorado Profissional.

Orientadora: Prof.^a Dra. Milena Temer Jamas
Coorientadora: Prof.^a Dra. Marla Andréia Garcia de Avila

Botucatu
2024

Andrezza Belluomini Castro

Construção e validação de uma estratégia educativa frente ao
medo do parto

Construction and validation of an educational strategy
regarding fear of childbirth

Tese apresentada à Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita
Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do
título de Doutora, Programa de Pós-graduação em
Enfermagem – Doutorado Profissional.

Orientadora: Prof.^a Dra. Milena Temer Jamas
Coorientadora: Prof.^a Dra. Marla Andréia Garcia de Avila

Botucatu
2024

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: MARIA CAROLINA A. CRUZ E SANTOS-CRB 8/10188

Castro, Andrezza Belluomini.

Construção e validação de uma estratégia educativa
frente ao medo do parto / Andrezza Belluomini Castro. -
Botucatu, 2024

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de
Botucatu

Orientador: Milena Temer Jamas

Coorientador: Marla Andreia Garcia de Ávila

Capes: 40402002

1. Educação em saúde. 2. Medo. 3. Parto (Obstetrícia).
4. Filmes educativos.

Palavras-chave: Educação em saúde; Medo; Parto; Vídeo
educativo.

ANDREZZA BELLUOMINI CASTRO

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA ESTRATÉGIA EDUCATIVA
FRENTE AO MEDO DO PARTO**

Tese apresentada ao Programa de Enfermagem – Doutorado Profissional da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA DEFESA

Prof.^a Assistente Doutora Milena Temer Jamas
Departamento de Enfermagem
Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP

Prof.^a Assistente Doutora Chrisne Santana Biondo
Núcleo de Cuidado Integral e Assistência Especializada (NCIAE)
Universidade Federal da Bahia – UFBA

Prof.^a Assistente Nayara Gonçalves Barbosa
Departamento Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiatria
Escola de Enfermagem da USP

Botucatu, 30 de julho de 2024.

DEDICATÓRIA

Ao meu filho, João Victor.

AGRADECIMENTOS

Gratidão, Senhor, por me conceder a oportunidade de conquistar esta titulação, mesmo diante de todas as minhas limitações.

Ao meu pai, Paris (in memoriam). Que saudade do senhor para compartilhar esse momento!

A minha amada mãe Antônia, pelo apoio incondicional, por ser a minha melhor amiga e por me encorajar durante toda minha vida.

Aos meus amores, João Henrique e João Victor, por serem a parte mais preciosa de mim e meus companheiros de todas as horas.

A minha orientadora, Milena, pela confiança, por compreender minhas limitações e por me acolher nos momentos de dificuldade. Eterna gratidão por assumir o desafio de caminhar comigo nesta pesquisa.

A minha coorientadora Marla, por sua valiosa contribuição e orientação. Você recebeu o “dom” de Deus para ensinar. Obrigada por tudo.

“Agradecimento especial” à Prefeitura de Botucatu, por viabilizar o financiamento e os profissionais para o desenvolvimento do vídeo desse estudo.

As minhas irmãs Andréa Cristina, Marcy e Gigi... vocês são a melhor torcida que eu poderia ter.

As minhas “orientadoras extra oficiais”, Rafaela Prata e Patrícia Garcia, pelos ensinamentos, apoio e amizade durante todo desenvolvimento desta tese.

As amigas Darlene, Karen, Karina, Liri, Telma, pelo companheirismo e as boas risadas.

A Larissa Rosseto, narradora do vídeo, cuja voz envolvente e habilidade narrativa deram vida e significado ao conteúdo apresentado.

A toda equipe do Hemocentro de Botucatu pelo apoio, em especial ao meu diretor, Dr. Cláudio, pela parceria, entendimento das minhas inquietudes e ausências.

Aos membros da banca de qualificação e defesa, por dedicarem seu tempo e conhecimento na avaliação deste trabalho, proporcionando valiosas contribuições.

A SEDUCs, por todo apoio e parceria da equipe para construção e divulgação do vídeo.

Ao Renato Maia, pela sua dedicação e profissionalismo na construção deste vídeo, obrigada por transformar nossas visões, em realidade.

As Enfermeiras Obstetras Vanessa e Thaís, por me auxiliar nesse universo da obstetrícia.

Ao Professor Dr. Hélio Miot e a Prof.^a Lídia, pelos cálculos estatísticos que direcionaram a construção metodológica desta tese.

Aos Professores e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Curso de Doutorado Profissional, por tornarem realidade um grande sonho.

Agradecimento à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pelo apoio ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem - Cursos de Mestrado e Doutorado Profissional da FMB/UNESP.

Minha eterna gratidão!

¹³ Pois tu formaste o meu interior, tu me teceste no ventre de minha mãe.

*¹⁴ Graças te dou, visto que de modo assombrosamente maravilhoso me formaste; as
tuas obras são admiráveis, e a minha alma o sabe muito bem.*

Salmos 139:13-14

Minha história com a enfermagem iniciou no ano de 1995, quando fui aprovada no curso de graduação em Enfermagem e Obstetrícia na Pontifícia Universidade Católica de Goiás, pelos esforços de um casal que nunca deixou de acreditar em mim, meu pai e minha mãe. Na virada do milênio, ano 2000, tive minha primeira experiência com a pesquisa na entrega do meu TCC. Ao longo dessa jornada profissional, o Senhor me permitiu realizar duas especializações: uma em Gerenciamento em Enfermagem pela Unifesp, e outra em Enfermagem em Nefrologia, na cidade de Goiânia. Esta última especialização me proporcionou não apenas crescimento profissional, mas também a felicidade de conhecer meu grande companheiro e pai do meu filho, João Henrique.

Sem compreender os caminhos traçados por Deus, cheguei em Botucatu no ano de 2006. Atuei por 06 anos como Gerente de Enfermagem na querida Misericórdia Botucatuense, onde conheci enfermeiras muito queridas que permanecem ao meu lado até hoje ali no “gigante” HC. Desde 2012, tenho trilhado meu caminho neste hospital desafiador, vivenciando experiências que jamais imaginei ou sonhei. Algumas lembro com saudades, outras busco um esquecimento.

A motivação para a pesquisa surgiu com minhas experiências na assistência, durante minhas relações de trabalho. Afinal, estar em uma instituição de ensino nos estimula a buscar os melhores conhecimentos e a superar nossos maiores desafios.

Em 2017, tive a oportunidade de concluir meu mestrado nesta renomada universidade, sob a orientação da Professora Dra. Eliana Mara, que não só desempenhou o papel de orientadora, mas também se tornou uma grande amiga. Meu trabalho explorou uma temática sensível: os relacionamentos entre gestores e liderados. Foi uma jornada enriquecedora, onde pude aprofundar meu conhecimento e contribuir para o entendimento dessa importante dinâmica nas organizações.

Em 2020, dei início a um novo capítulo em minha jornada acadêmica ao ingressar no doutorado. Em meio ao turbilhão de uma pandemia global, fomos desafiados a nos reinventar, adaptando aulas, seminários e desenvolvimento de pesquisas para o formato remoto. Nesse contexto desafiador, estou agora redigindo a finalização dessa tese de doutorado, contando com o apoio de duas mulheres extraordinárias: Milena e Marla. Elas aceitaram o desafio de me orientar

e capacitar para alcançar o título de "doutora em enfermagem". Minha gratidão eterna a essas incríveis mentoras.

Quem poderia imaginar que a garota do interior de Goiás, que sempre conseguiu passar de ano com notas na média, chegaria tão longe? Sem contar o desafio adicional de lidar com seu déficit de atenção. Fazer contas nos dedos da mão era apenas o começo de uma jornada que agora me levou ao prestigiado doutorado na UNESP. Coisas assim, como explicar? Somente a bíblia quando cita: *“Deus escolheu as coisas loucas deste mundo para confundir as sábias; e Deus escolheu as coisas fracas deste mundo para confundir as fortes”*. (1 Coríntios 1:27)

Aqui, encerro minha breve apresentação. Minha eterna gratidão às pessoas que me possibilitaram crescer “entre meus acertos e erros”, para me tornar a pessoa que hoje sou ao longo dessa trajetória.

Castro, A.B. **Construção e validação de uma estratégia educativa frente ao medo do parto** [tese]. Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - UNESP; 2024.

Introdução: O parto normal está em declínio no mundo desenvolvido, necessitando de uma análise crítica das crenças associadas ao nascimento, suas origens e como moldam os cuidados prestados às mulheres. Estudos de intervenção são limitados, e os elementos que sustentam o medo do parto não são totalmente explorados, tornando necessária a identificação precoce dos componentes do medo relacionado ao parto e o desenvolvimento de estratégias de educação específica para minimizar esse sentimento antes da gestação. **Objetivos:** Avaliar a validade da estrutura interna da versão brasileira online da escala *Childbirth Fear Prior to Pregnancy* (CFPP); identificar a prevalência e os fatores associados ao medo do parto em homens e mulheres; desenvolver e validar uma tecnologia educativa para abordar o medo do parto; e implementar essa estratégia nas unidades de atendimento a gestantes do município de Botucatu/SP. **Método:** Trata-se de um estudo multimétodo conduzido em quatro etapas. Na primeira, conduziu-se um estudo metodológico para avaliar a validade da estrutura interna da versão brasileira da escala CFPP para aplicação online. Na segunda, realizou-se um estudo transversal por inquérito online com adultos jovens para identificar a prevalência e os fatores associados ao medo do parto. Na terceira, conduziu-se um estudo metodológico para o desenvolvimento de uma tecnologia educativa, tipo vídeo animado, direcionada pela análise dos resultados da segunda etapa e com o apoio de juízes especialistas para desenvolvimento e validação. Na quarta, implementou-se a estratégia nas unidades de atendimento às gestantes do município. **Resultados:** Identificou-se que a versão online da escala CFPP apresenta sólidas evidências de validade na estrutura interna e confiabilidade para medir o medo do parto na população brasileira. **Conclusão:** O estudo possibilitou a identificação dos fatores que influenciam o medo do parto e o desenvolvimento de uma estratégia educativa direcionada. Espera-se que essa abordagem, aliada às intervenções dos profissionais de saúde, promova uma compreensão mais ampla do tema, desmistificando vivências negativas e favorecendo uma assistência obstétrica mais humanizada e centrada nas necessidades das gestantes.

Descritores: Educação em saúde, medo, parto normal, filme e vídeo educativo.

Castro, A.B. **Construction and validation of an educational strategy against the fear of childbirth [thesis]**. Botucatu: Faculty of Medicine, São Paulo State University “Júlio de Mesquita Filho” - UNESP; 2024.

Introduction: Normal birth is in decline in the developed world, requiring a critical analysis of the beliefs associated with birth, their origins, and how they shape the care provided to women. Intervention studies are limited, and the elements supporting fear of childbirth are not fully explored, requiring the early identification of the components of fear related to childbirth and the development of specific education strategies to minimize this feeling before pregnancy.

Objectives: To evaluate the validity of the internal structure of the Brazilian online version of the Childbirth Fear Prior to Pregnancy (CFPP) scale; to identify the prevalence and factors associated with fear of childbirth in men and women; to develop and validate educational technology to address fear of childbirth; and to implement this strategy in the municipality's pregnancy care units. **Method:** This is a multi-method study conducted in four stages. First, a methodological study was conducted to evaluate the validity of the internal structure of the Brazilian version of the CFPP scale for online application. In the second stage, a cross-sectional study was carried out using an online survey with young adults to identify the prevalence and factors associated with fear of childbirth. In the third, a methodological study was conducted for the development of an educational technology, such as an animated video, guided by the analysis of the results of the second stage and with the support of expert judges for development and validation. On the fourth stage, the strategy was implemented in the municipality's pregnant women's care units. **Results:** In the first stage, it was identified that the online version of the CFPP scale presents solid evidence of validity in the internal structure and reliability for measuring fear of childbirth in the Brazilian population. **Conclusion:** The study allowed identifying the factors that influence fear of childbirth and the development of a targeted educational strategy. It is expected that this approach, combined with the interventions by health professionals, will promote a broader understanding of the topic, demystifying negative experiences and favoring more humanized obstetric care centered on the needs of pregnant women.

Descriptors: Health education, fear, normal birth, educational film and video.

LISTA DE TABELAS

Manuscrito 1: Internal Structure of the Brazilian Online Version of the Childbirth Fear Prior to Pregnancy Scale

- **Table 1** – Sociodemographic characteristics of study participants.
- **Table 2** – Obstetric characteristics and source of information about childbirth.
- **Table 3** – Exploratory factor analysis of the brazilian online version of the childbirth fear prior to pregnancy scale (Brazil, 2022).
- **Fig. (1)** – CFPP path diagram
- **Table 4** – Childbirth Fear Prior to Pregnancy Scale scores (Brazil, 2022).

Manuscrito 2: Prevalência e fatores associados ao medo do parto: inquérito online nacional. (em submissão na Revista Latino Americana de Enfermagem)

Manuscrito 3: Desenvolvimento e validação de uma tecnologia educativa direcionada ao medo do parto. (em submissão na Revista Latino Americana de Enfermagem)

LISTA DE SIGLAS

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
CVR – Coeficiente de Validade de Conteúdo
CFPP – Childbirth Fear Prior to Pregnancy (Escala Medo do Parto)
MS – Ministério da Saúde
CS – Cesárea
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists
FMB – Faculdade de Medicina de Botucatu
SEDUCs – Secretaria de Educação e Saúde
UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo
CEEN – Centro de Educacional em Enfermagem e Nutrição
CFA = Confirmatory Factor Analysis
EFA = Exploratory Factor Analysis
AGFI = Adjusted Goodness of Fit Index
CFI = Comparative Fit Index
CFPP = Childbirth Fear Prior to Pregnancy
FOBS = Fear of Birth Scale
df = Degree of Freedom
GFI = Goodness of Fit Index
KMO = Kaiser-Meyer-Olkin
NNFI = Non-Normed Fit Index
RMSR = Root Mean Square of Residuals
RULS = Robust Unweighted Least Squares
ICF = Informed Consent Form
BTS = Bartlett's Test of Sphericity
W-DEQ = Wijama Delivery Expectancy/Experience Questionnaire

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 17 |
| 2. OBJETIVO..... | 25 |
| 2.1 Geral | |
| 2.2 Específicos | |
| 3. MÉTODO..... | 26 |
| 3.1 Delineamento do estudo | |
| 3.2 Etapas do estudo | |
| 3.2.1 (1ª etapa) – Análise da Estrutura Interna da Versão Brasileira da Escala <i>Childbirth Fear Prior to Pregnancy</i> (CFPP) – Aplicação Online | |
| 3.2.1.1 Tipo de estudo | |
| 3.2.1.2 População e amostra | |
| 3.2.1.3 Coleta de dados e instrumento | |
| 3.2.1.4 Análise dos dados | |
| 4. ASPECTOS ÉTICOS..... | 26 |
| 5. RESULTADOS PARCIAIS | 38 |
| 5.1. Produção Científica 1 - Manuscrito: Internal Structure of the Brazilian Online Version of the Childbirth Fear Prior to Pregnancy Scale | |
| 5.4 Produção Técnica - Produto 1 | |
| 6. CONCLUSÃO..... | 44 |
| 7. REFERÊNCIA..... | 44 |
| 8. APÊNDICE E ANEXO..... | 48 |
| Apêndice 1 – Convite eletrônico do inquérito online | |
| Apêndice 2 – TCLE dos participantes do inquérito online | |
| Apêndice 3 – Instrumento de coleta de dados | |
| ANEXO 1 – Lista de verificação CHERRIES | |
| ANEXO 2 – CFPP versão online | |
| ANEXO 3 – Aprovação CEP | |
| 9. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DO PROJETO | 59 |

1. INTRODUÇÃO

O parto, por sua natureza, não é um evento simples. É permeado por questões de aspectos psicológicos, físicos, sociais, econômicos e culturais, sendo considerado um fenômeno complexo, com potencial para mobilizar sentimentos contraditórios como ansiedade, insegurança, medo, estresse, alegria, excitação e expectativa⁽¹⁾.

Sentimentos de estresse, ansiedade, depressão e falta de apoio social foram encontrados associados ao medo do parto durante a gravidez⁽²⁾. Apesar de ser um tema pouco estudado no Brasil, investigar o medo do parto nas gestantes é importante por ser uma resposta comum em muitas mulheres e por exercer influências negativas na saúde materno-infantil, dentre essas, a escolha pela cesariana eletiva⁽³⁾.

Discutir e abordar o medo do parto durante o pré-natal é fundamental, para identificar mulheres que estão em risco e fornecer intervenções adequadas. O medo do parto está relacionado ao aumento de eventos obstétricos adversos, aumento do número de cesáreas, nascimento de bebês prematuros, trabalho de parto prolongado, depressão e estresse no pós-parto, mostrando a importância da discussão desse tema no pré-natal e a necessidade de estratégias para avaliação e tratamento⁽⁴⁾.

O medo é fundamental para a sobrevivência. Trata-se de uma reação a uma situação de perigo, que pode ser real ou imaginária. Além disso, é uma forma de constituição da própria personalidade, pois é um dos fatores que constituem o indivíduo. Dessa forma, não pode ser visto como necessariamente patológico, apenas quando descontrolado ele se torna uma fobia, ou seja, uma psicopatologia⁽⁵⁾.

Em algumas mulheres, a condição de medo pode ser tão severa que leva a uma fobia específica, denominada na literatura “tocefobia”. A sua prevalência é de 5 a 20% das gestantes. Os fatores associados a tocefobia são: baixa autoestima, predisposição a transtornos de ansiedade, história de abuso sexual, rede fraca de apoio social, relacionamentos amorosos débeis e experiências adversas prévias com parto ou perdas gestacionais⁽⁶⁻⁷⁻⁸⁻⁹⁾.

O medo do parto é uma situação que afeta mulheres em todas as etapas da maternidade, como nulíparas, primíparas e multíparas, resultando em implicações significativas para a saúde e o processo de parto, nascimento e pós-parto⁽²⁾. Mulheres que enfrentam esse medo procuram apoio além dos aspectos físicos, buscando espaços para expressar livremente seus sentimentos, experiências e expectativas ao longo da gravidez, parto, pós-parto e nascimento⁽¹⁰⁾.

Fred *apud* Read⁽¹¹⁾ afirmou que o medo desencadeia uma tensão protetora que não apenas afeta o emocional da gestante, mas também causa tensão muscular durante o trabalho de parto. Quando a mulher está grávida, influências externas negativas, juntamente com o medo, criam uma percepção de perigo do qual ela deseja escapar. Não podendo, essa percepção desencadeia uma resposta de tensão protetora, que interfere na coordenação da contração muscular. A dor aumenta a tensão e, assim, instala-se um círculo vicioso, denominado medo – tensão – dor.

A decisão pela cesariana pode ser influenciada pelo medo, associado a desinformação, fatores sociais e culturais, que levam a mulher a considerar que o parto normal é de risco ou que a cesárea evitará a dor; entretanto, a visão de que a cesárea é completamente livre de dor devido à anestesia é equivocada. A cesárea, sendo uma cirurgia, apresenta seus próprios riscos, além de uma recuperação lenta, tanto pós-anestésica quanto pós-operatória. As mulheres que passam por cesariana frequentemente enfrentam dor no pós-parto devido à incisão cirúrgica no abdome e à movimentação no puerpério. Em contraste, no parto vaginal, a dor é experimentada durante o trabalho de parto, podendo estar ausente ou ser de intensidade leve durante o período puerperal⁽¹²⁻¹³⁻¹⁴⁾.

Acredita-se que a evolução da indústria farmacêutica e a consequente criação de medicamentos anestésicos responsáveis por cessar a dor causada pela incisão cirúrgica despertam nas gestantes e parturientes o desejo pela cesariana para evitar o sentimento de incapacidade de suportar a dor do parto vaginal, que mesmo com a evolução da medicina, ainda se resume a um processo doloroso e de longa duração⁽¹⁵⁾. Dessa forma, muitas mulheres creem que o procedimento cirúrgico seja mais seguro que o parto vaginal, pois possui uma rigorosa técnica, medidas éticas, menor tempo de duração e avanços tecnológicos, diferentemente da via natural (vaginal), que utiliza a mesma prática milenar⁽¹⁶⁾.

Os métodos não farmacológicos (terapia térmica, massagem, aromaterapia, acupressão, dança e exercícios com bola suíça), apesar de se mostrarem eficazes na redução da dor, do tempo de trabalho de parto e parto, apresentarem baixo custo e fácil aplicabilidade, associados a um menor uso de intervenções medicamentosas com fins analgésicos, ainda são abordagens pouco divulgadas, sendo mais evidentes no cenário do parto com a presença da enfermagem obstétrica⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Sabe-se que três em cada dez mulheres (30%) iniciam a gravidez com preferência pela cesárea, mas no final da gravidez esse número sobe para oito (80%). Essa proporção aumenta devido à influência de aconselhamento pré-natal que superestima os riscos de parto, estimulando o medo e a insegurança da mulher⁽¹²⁾. Estudos apontam que os fatores que influenciam a decisão da via de parto são: o medo da dor no pós-parto cirúrgico; a recuperação rápida no parto normal; a recuperação lenta no pós-parto cirúrgico; não sentir dor no momento do parto cirúrgico; o medo da dor no momento do parto normal; segurança da via de parto da primeira gestação e a influência da família, amigos e profissionais da saúde⁽¹⁴⁾.

Nesta revisão, as evidências científicas consideraram que fatores socioculturais interferem e desencadeiam medo no parto. A cultura transmitida por familiares e amigos, histórias sobre a dor e o sofrimento associado ao parto vaginal levam as mulheres a sofrerem com ansiedade, inseguranças e temores, agravando esse medo. As razões citadas neste estudo mostram que as mulheres estão subestimando sua força e fisiologia, apesar de, por séculos, terem dado à luz de forma natural, sem a necessidade de medicalização. Na assistência obstétrica, o desafio é devolver à gestante o poder sobre seu corpo e seus pensamentos, estimulando essa confiança não apenas algumas horas antes do parto, mas durante todo o pré-natal⁽¹³⁾.

O Brasil é o segundo país do mundo com as maiores taxas de cesárea (55,7%) e intervenções excessivas em mulheres e bebês. Um dos fatores que dificulta a redução da mortalidade materna no Brasil é o elevado número de cesariana sem indicação e embasamento científico, tornando-se um desafio inclusive para a saúde pública, por causar riscos desnecessários à mulher e à criança, além de custos adicionais para o sistema de saúde. Ao falarmos de parto normal, devemos expor o medo que permeia esse processo e demonstrar às mulheres estratégias para redução desse sentimento, criando um espaço de confiança⁽¹⁹⁻²⁰⁻²¹⁾.

Dados divulgados pelo periódico *The Lancet*⁽²²⁾ revelam que, no Brasil, a prevalência de cirurgias cesarianas entre os nascimentos ocorridos em instituições de saúde é de 56%. Destes, 54,4% envolveram mulheres com maior nível de escolaridade, em contraste com 19,4% entre as mulheres com menos de oito anos de estudo. O levantamento, realizado em 169 países, demonstrou que o número de nascimentos por cesariana quase dobrou em 15 anos, passando de 16 milhões de operações em 2000 para 29,7 milhões em 2015.

No Brasil, um estudo revelou que 52% dos nascimentos na rede pública e 88% na rede privada são cesáreas. A Organização Mundial da Saúde (OMS) diz que não há justificativa

para que mais de 15% dos partos sejam não naturais. Dados superiores a essa taxa não terão relações com a redução da mortalidade materna, perinatal ou neonatal⁽²³⁾. A busca das mulheres pela cesariana frequentemente está relacionada ao medo de enfrentar a dor do parto, sofrimento imposto ao processo do parto normal. Essa cultura reflete uma visão ambígua do corpo feminino, onde, por um lado, a mulher é vista como capaz de parir, mas, por outro, são atribuídas a ela fragilidades ligadas a esse processo⁽²⁴⁾.

A literatura reforça que a presença da enfermagem obstétrica durante a gestação facilita o processo de redução do medo do parto e/ou apoia a adoção de sentimentos positivos sobre o parto normal, ajudando em estratégias como: redefinição de expectativas e níveis de confiança no potencial para parir, aprimoramento de conhecimentos sobre trabalho de parto; e capacitação para a tomada de decisões informadas⁽²⁵⁾.

As mulheres grávidas carecem de garantias, entendimento e informações dos profissionais da saúde para adquirirem confiança no momento do parto. Uma vez que o medo de passarem por dores e possíveis ferimentos causados no momento do nascimento, podem levá-las a optarem pela cesárea. Além disso, muitas mulheres, buscam apoio e informações de amigos e familiares o que predispõe a interferências culturais, levando a cesariana eletiva. As primíparas requerem apoio semelhante ao das demais gestantes para assegurar que as experiências alheias não influenciem negativamente suas escolhas⁽¹⁰⁾.

Em um estudo prospectivo usando comparações entre grupos identificou que em torno de 10% das mulheres grávidas na Suécia sofrem de medo do parto. Nesse estudo, realizado com cerca de 600 clínicas pré-natais na Suécia, o medo do parto, em combinação com aconselhamento, foi associado a um aumento da taxa de cesarianas eletivas e a uma experiência de parto positiva, enquanto o medo sem aconselhamento não pareceu afetar a taxa de cesarianas, mas foi associado a uma experiência negativa de parto. Essas descobertas sugerem o aconselhamento como um método eficaz para auxiliar as mulheres a experimentarem o nascimento de uma forma mais positiva⁽²⁶⁾.

A Suécia é um dos poucos países onde o medo do parto é reconhecido como um problema significativo dentro da saúde materna e onde os serviços de aconselhamento estão amplamente disponíveis para a maioria das mulheres grávidas. O estudo demonstrou que a satisfação com o aconselhamento realizado por uma parteira conhecida foi de 96%, em comparação com 72% entre aquelas que não tinham uma parteira conhecida. Embora as mulheres

deste estudo tivessem acesso limitado a uma parteira conhecida, os resultados indicaram que a presença de uma parteira com quem as mulheres se encontraram em diversas ocasiões aumentou a satisfação com o aconselhamento e teve um efeito positivo na redução do medo do parto. Assim, construir uma relação de confiança entre parteira e mulher, mais do que o aconselhamento em si, pode ser o elemento essencial quando se trata do medo do parto⁽²⁷⁾.

O aconselhamento preconcepção para todas as mulheres deve envolver a avaliação das preferências do parto e incluir medidas educacionais sobre os riscos e benefícios de intervenções obstétricas comuns, incluindo a cirurgia cesariana⁽²⁸⁾.

No contexto do medo do parto, três escalas são encontradas na literatura para sua avaliação: a *Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire/* Questionário de Entrega Expectativa/Experiência (W-DEQ), a *Fear of Birth Scale/* Escala de Medo do Nascimento (FOBS) e a *Childbirth Fear Prior to Pregnancy/* Escala de Medo do Parto Antes da Gravidez (CFPP). Para identificar os aspectos específicos do medo do parto em mulheres grávidas, é essencial incluir instrumentos de medição padronizados e validados na prática clínica, que permitam avaliar e assim intervir de forma mais adequada e personalizada⁽²⁹⁻³⁰⁻³¹⁾.

A escala (W-DEQ) desenvolvida por Kjell e Barbro Wijma em 1998 é um instrumento amplamente conhecido e utilizado para avaliar a ansiedade e o medo em relação ao parto. Existem duas versões: W-DEQ A (Expectativa) e W-DEQ B (Experiência). A W-DEQ A é usada durante a gravidez para avaliar as expectativas de parto, enquanto a W-DEQ B é usada após o parto para avaliar a experiência real⁽²⁹⁾.

A *Fear of Birth Scale* ou Escala de Medo do Nascimento (FOBS), desenvolvida por Helen Haines e colaboradores⁽³⁰⁾, é um instrumento breve, projetado para avaliar rapidamente o medo do parto em contextos clínicos e de pesquisa. É composta por apenas dois itens, tornando-a extremamente prática para uso em consultas pré-natais. A simplicidade da (FOBS) permite que ela seja usada como uma ferramenta de triagem rápida durante consultas pré-natais.

Ao comparar a escala de medo do nascimento (FOBS) com a (W-DEQ) em gestantes australianas, a (FOBS) demonstrou maior aceitação para uso na prática clínica, pela capacidade de facilitar a abordagem do medo com as mulheres grávidas, tanto por parteiras quanto por médicos⁽³²⁾. Mulheres que pontuam alto na FOBS precisam de uma avaliação mais detalhada, com outras escalas, para a compreensão e intervenção frente ao medo do parto.

Outro instrumento utilizado para avaliar medo do parto é a *Childbirth Fear Prior to Pregnancy* (CFPP)/Escala de Medo do Parto Antes da Gravidez, desenvolvida por Kathrin Stoll e colaboradores⁽³¹⁾ na Suécia. Esse instrumento é utilizado para investigar o medo do parto normal em homens e mulheres não grávidos, reconhecido por sua linguagem acessível e de fácil aplicação. Suas dimensões investigam o medo do parto normal em homens e mulheres não grávidos, nas dimensões: medo da dor do parto, medo das complicações relacionadas ao bebê e medo dos danos corporais.

No Brasil, a escala (CFPP) demonstrou robustas evidências de validade e confiabilidade para identificar e direcionar fatores modificáveis relacionados ao medo do parto normal em mulheres e homens antes da gestação. Esse instrumento apresenta um tempo médio de preenchimento de aproximadamente cinco minutos, demonstrando eficácia e praticidade para a realidade brasileira⁽³³⁾.

Cada escala oferece benefícios únicos para identificar os aspectos específicos do medo do parto. Nesse estudo, optou-se pela (CFPP) como instrumento de medição por permitir a avaliação do medo antes da concepção e o desenvolvimento de uma intervenção educacional.

É importante compreender que as atitudes da mulher em relação ao parto podem ser influenciadas por mitos e crenças, influências culturais, experiências anteriores de parto, valores e opiniões de pessoas próximas e fontes informais⁽³⁴⁾. Os resultados do estudo de Edmonds JK e colaboradores⁽²⁸⁾ identificou as conversas informais entre amigos e familiares como a principal influência nas escolhas das jovens em relação ao parto e a preferência de parto. Essa descoberta revela que os principais canais de comunicação responsáveis pelas informações transmitidas às mulheres jovens sobre "parto" estão fora do sistema formal de assistência à saúde.

As mulheres mais jovens apresentam menos conhecimento sobre parto e maior necessidade de aprendizagem. Recomenda-se um conteúdo educacional mais direcionado na fisiologia e normalidade do parto vaginal, destacando as indicações, riscos e benefícios associados às diferentes intervenções obstétricas. Isso pode ajudar as mulheres a avaliarem criticamente suas preferências de parto, riscos e benefícios de suas escolhas⁽²⁸⁾.

As mulheres carecem de explicações e intervenções para lidar com o medo do parto. O'Connell e colaboradores⁽³⁵⁾, ao realizar uma metassíntese para examinar estudos qualitativos relevantes que descreviam as experiências das mulheres em intervenções para o medo do parto, identificaram que as mulheres se sentem "apropriadas do parto" quando sua autoconfiança na

capacidade de dar à luz melhora e quando o parto é facilitado nos seus próprios termos, em um ambiente respeitoso e centrado em suas necessidades. Além disso, os profissionais de saúde desempenham um papel crucial, podendo tanto melhorar quanto piorar o medo do parto nas mulheres. Portanto, é fundamental que os profissionais da maternidade tenham maior conscientização e compreensão a respeito do medo do parto.

Pesquisa qualitativa realizada por Larsson e colaboradores⁽³⁶⁾, para investigar como as mulheres percebiam o aconselhamento liderado por parteiras sobre o medo do parto, foi observada uma melhora na confiança das mulheres para o parto com as informações e conhecimentos adquiridos. As mulheres relataram experimentar uma maior sensação de calma e preparação, o que aumentou sua capacidade de lidar com a incerteza associada ao processo de parturição, influenciando positivamente sua experiência de dar à luz. Além disso, o sentimento de segurança proporcionado pelo apoio profissional durante o parto contribuiu para que as mulheres se sentissem fortalecidas. A experiência positiva do parto fortaleceu a autoconfiança das mulheres para futuros partos, e o medo do parto foi descrito como reduzido ou controlável.

No estudo de Silva e colaboradores⁽³⁷⁾, foram analisados artigos publicados em periódicos científicos brasileiros, entre os anos de 1930 e 1970, para avaliar a roteirização do modelo assistencial prestado pela classe médica obstétrica. O estudo aponta que o processo de parturição é entendido como uma atividade médica e justifica-se que esse evento seja realizado em ambiente hospitalar, cercado por intervenções e práticas obstétricas, iniciando o processo de medicalização do parto no Brasil e a construção de um roteiro pré-estabelecido para uma assistência ao parto considerada “ideal”. Termos como parto médico, parto dirigido, parto conduzido e parto auxiliado configuraram-se como processos de sistematização da parturição. Nesse percurso de disputa entre conceitos, foi estabelecida a atuação do obstetra brasileiro e seu estilo de pensar a assistência ao parto.

Velho e colaboradores⁽²⁸⁾ ressaltam que as mulheres assistidas em hospitais públicos brasileiros têm mais chances de serem beneficiadas por um “modelo colaborativo” durante a assistência ao parto. Esse modelo busca integrar melhor médicos, enfermagem obstétrica, doulas e outros profissionais na assistência ao parto, proporcionando mais acompanhamento, cuidado, apoio e menos intervenções desnecessárias, conseqüentemente apresentando melhores desfechos maternos e neonatais. Esse estudo aborda que as instituições públicas buscam um atendimento direcionado a atender as políticas públicas e a prática baseada em evidência; sua intencionalidade

é o parto vaginal, sem considerar os princípios de humanização. Já as instituições privadas padronizam sua assistência centralizada no profissional médico, com maiores níveis de intervenção.

As tecnologias educacionais permitem a incorporação de conhecimento às gestantes, melhoram a sua atitude, estimulam reflexões e o seu processo de aprendizagem, podendo ser uma estratégia eficaz para reforçar o protagonismo da mulher no processo de parturição⁽³⁹⁾. Devolver às mulheres o seu protagonismo no trabalho de parto é um desafio e uma responsabilidade dos profissionais de saúde, órgãos governamentais e instituições de saúde que atuam na assistência ao parto e nascimento.

Este estudo justifica-se por seu ineditismo ao desenvolver uma ferramenta educacional voltada especificamente para o enfrentamento do medo do parto, um problema significativo que, apesar de sua prevalência, ainda é pouco abordado nas práticas de assistência obstétrica. Ao focar na criação de um recurso inovador, o projeto não apenas preenche uma lacuna importante, mas também promove a autonomia e o protagonismo da mulher durante o processo de parto. Ao empoderar as gestantes com informações e suporte adequado, essa estratégia educativa tem o potencial de transformar a experiência do parto, tornando-a mais humanizada e alinhada com as necessidades e desejos das mulheres.

2. OBJETIVO

2.1 Geral

- Elaborar uma estratégia educativa frente ao medo do parto normal.

2.2 Específicos

- Avaliar a evidência de validade da estrutura interna da versão brasileira online da escala *Childbirth Fear Prior to Pregnancy* (CFPP).
- Identificar a prevalência e os fatores associados ao medo do parto em jovens adultos por meio de inquérito online.
- Desenvolver e validar uma tecnologia educativa direcionada ao medo do parto, em ambiente virtual.
- Implementar a estratégia proposta nas unidades de atendimento a gestantes do Município de Botucatu/SP.

3. MÉTODO

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo multimétodo conduzido em quatro etapas. Os estudos multimétodo empregam diferentes métodos de coleta e análise de dados, para verificar, validar ou confirmar as respostas da pesquisa, conhecido como triangulação. Essa abordagem metodológica é considerada por alguns autores a mais rica para responder as demandas científicas da sociedade moderna⁽⁴⁰⁻⁴¹⁾.

Na 1ª etapa – Análise da estrutura interna da versão brasileira online da escala *Childbirth Fear Prior to Pregnancy* (CFPP).

Na 2ª etapa – Inquérito online para identificar a prevalência e os fatores associados ao medo do parto normal na população brasileira.

Na 3ª etapa – Elaboração, construção e validação de conteúdo do material educativo, norteada pelos resultados obtidos na segunda etapa.

Na 4ª etapa – Implementação da tecnologia educativa para o ambiente virtual.

4. ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu conforme parecer nº 4.961.821 (Anexo 4), respeitando a Legislação Brasileira do Conselho Nacional de Saúde – Resolução nº 510/2016, que regulamenta os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos⁽⁴²⁾.

5. RESULTADOS

Para otimizar a apresentação dos resultados e a discussão, optou-se por dividir os resultados em produção científica, nomeados por manuscritos e produção técnica.

5.1 Produção Científica 1 – Manuscrito: Internal Structure of the Brazilian Online Version of the Childbirth Fear Prior to Pregnancy Scale

DOI: 10.2174/0118744346287785240122061914, 2024, 18, e18744346287785

The Open Nursing Journal

DOI: 10.2174/0118744346287785240122061914, 2024, 18, e18744346287785

ISSN: 1874-4346

1

RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

Internal Structure of the Brazilian Online Version of the Childbirth Fear Prior to Pregnancy Scale



Vanessa Natsumi Mizobata¹, Andrezza Belluomini Castro¹, Cristina Maria Garcia de Lima Parada¹, Marla Andréia Garcia de Avila¹, Bruna Nayara Gibim¹ and Milena Temer Jamas^{1,*}

¹Department of Nursing, São Paulo State University (Unesp), Medical School, Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro, 18618687, Botucatu, São Paulo, Brazil

Abstract

Background: Approximately 80% of pregnant women have some degree of childbirth fear, which can have short- and long-term negative effects when not correctly identified and managed. Therefore, it is essential to assess childbirth fear to measure and identify factors related to this fear. Furthermore, it is crucial to develop appropriate and early interventions to improve the childbirth experience for women and their families, including the obstetric care provided.

Objective: To assess the validity of the internal structure of the Brazilian online version of the Childbirth Fear Prior to Pregnancy (CFPP) scale. **Methods:** This is a methodological study to assess the validity of the internal structure of the Brazilian online version of the CFPP scale. A total of 553 men and women aged 18 or older participated in the study. The participants were not pregnant at the time of data collection but intended to have children in the future. A combination of Exploratory and Confirmatory Factor Analyses were used for statistical analysis. Reliability was assessed using Cronbach's Alpha and McDonald's Omega indicators. The Research Ethics Committee approved the study (protocol no.: 4.961.821.) **Results:** The psychometric parameters

indicated a unidimensional model with adequate factor loadings (0.47–0.73) and reliability (0.86). Goodness of fit was achieved ($\chi^2/df = 1.5$, NNFI = 0.97, CFI = 0.98, GFI = 0.98, and SRMR = 0.06). **Conclusion:** The Brazilian online version of the CFPP scale showed evidence of internal structural validity and reliability for measuring the construct in this country's population.

Keywords: psychometrics, validation study, childbirth, fear, online social networks, surveys and questionnaires.

1. Introduction

Childbirth is a physiological and dynamic process permeated with several sensations and feelings experienced individually by women and their families [1–3]. Although it is a moment that is often expected and desired, around 80% of pregnant women have some degree of childbirth fear, with approximately 14% experiencing severe or phobic fear [4–6]. Childbirth fear is a psychological phenomenon, a physical and emotional state of intense anxiety that affects the woman's health and well-being, with negative short- and long-term consequences for herself—further affecting her relationships with her partner, family, and baby [2,6–8].

The causes of this situation include fear of the unknown, the possibility of complications for the mother and baby, the use of interventions, and concerns about dealing with pain [1,3,4,9]. Not identifying and managing this feeling can result in prolonged labour, lower pain tolerance, higher intervention rates (e.g. increased use of analgesia and elective caesarean sections), a higher frequency of lousy birth experiences, postpartum depression, and difficulty bonding with the baby [3,4,6,7,9].

Thus, this understanding contributes to the development of appropriate and early interventions to improve the birth experience not only for women, but also for their families, encompassing the obstetric care provided. Thus, some instruments to measure childbirth fear have been proposed and validated in other countries, most of them administered during the gestational period and only to women [10–14]. The most widely used is the Wijama Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) [5,6,8,15], developed in Sweden in 1998, whose main objective is to measure childbirth fear in pregnant, nulliparous and multiparous women during and after pregnancy, corresponding to versions A and B, respectively [10].

The experience of pregnancy can have a significant impact on a woman's life. Additionally, it is important to recognize that men can also experience anxiety about childbirth [16,17]. Considering everyone involved in this process is affected, the Childbirth Fear Prior to Pregnancy (CFPP) scale can measure childbirth fear in men and women before pregnancy without age limitation. It is the only instrument adapted and validated in Brazil for this purpose, being also validated in Germany, Australia, Canada, the United States, England, Iceland, and Portugal [17–19]. The original scale comprised six items and assessed childbirth fear among Canadian university students in 2013. Currently, it has 10 items [20].

In the cross-cultural adaptation process in Brazil, the CFPP was administered in printed form and showed favourable psychometric properties [19]. However, an online version of this scale has become relevant due to the increasing use of the internet and social networks as a form of communication and interaction between individuals. This implies that these technologies are increasingly being incorporated into teaching and learning in several areas of knowledge, mainly because they enable greater access to data collection in research [21,22].

Changing the instrument format from print to online results in visual changes from a horizontal to a vertical model, adapted for visualisation in several technological devices. These modifications can influence the response behaviour of those being assessed. This is because individuals tend to respond more extremely to surveys when the items are presented compactly. For instance, the responses are related to the effects of the visual distance between response categories, affecting essential parameters for evaluating the scale, including its internal structure [23,24].

Furthermore, according to the Standards for Educational and Psychological Testing of the American Educational Research Association, the American Psychological Association, and the National Council on Measurement in Education, internal structure analysis can indicate the degree to which the relationship between items and components of the test conform to the construct proposed for score interpretations [25]. Therefore, this study aimed to assess the internal structure of the Brazilian online version of the CFPP scale.

2. Methods

2.1 Type of study

A methodological study focused on assessing the validity of the internal structure of the CFPP scale. This type of study aims to obtain, organize and analyse data to obtain valid and reliable instruments. The scale showed good psychometric properties in the validation study with face-to-face application, the aim is to evaluate the scale for application in the online modality. [26]

2.2 Population and sample

The inclusion criteria for research participants covered men and women aged 18 or over, who were not currently experiencing pregnancy at the time of data collection and expressed an intention to have children in the future. Participants under 18 years of age were excluded, as were questionnaires that did not provide answers to all questions. Furthermore, participants who indicated that they did not wish to have children, when they responded negatively to the initial question about this intention, had their participation in the research automatically terminated.

Two instruments were used for data collection. The first consisted of an online form covering sociodemographic data, socioeconomic, behavioral identification, health and obstetric information. The second instrument was the Fear of Childbirth Scale (CFPP), which was translated, adapted and validated in the Brazilian context. Totalling a sample of 553 participants.

2.3 Data collection and instrument

The data were collected through online research between January and April 2022. The questionnaire was publicised through virtual media, such as e-mails, social networks (Facebook and Instagram), and personal contacts (WhatsApp), spreading through a multiplier propagation effect. The invitation sent to the participants included the study's objective and a link to the Google Forms platform. Specifically, when clicked, it gave the participant access to the Informed Consent Form (ICF), the electronic instrument for collecting socioeconomic, obstetric, and behavioural data, and to the CFPP scale. Online media was used to remotely collect primary data via the Internet when social distancing was required. The advantages of this method include low cost, easy implementation, fast planning, result publishing, and the immediate inclusion of individuals from different geographical regions [27].

The Childbirth Fear Prior to Pregnancy (CFPP) scale was developed in 2016 by Kathrin Stoll as an instrument to investigate the presence of fear of natural birth among young adult men and women who are not pregnant. The dimensions addressed by the scale include fear

of pain during childbirth, fear of loss of control and inability to deal with labor, as well as fear of birth complications and bodily harm. The instrument is characterized by its accessible language and quick application [17]. This tool aims to provide a comprehensive understanding of the fear of childbirth before pregnancy, contributing to the assessment and understanding of this psychological dimension in non-pregnant young adults.

During the process of cross-cultural adaptation of the CFPP to the Brazilian version, the instrument proved to be useful, presenting good evidence of validity and reliability for measuring fear of natural birth in the population of young adults before pregnancy. This adaptation work was conducted by Tomazin et al. in 2021, highlighting the commitment to making the scale applicable and accurate to the Brazilian reality. By adapting the CFPP to the Brazilian context, the study conducted by Tomazin and colleagues contributed to ensuring the cultural relevance and effectiveness of the scale when assessing fear of childbirth before pregnancy in young adults in Brazil [19].

The Brazilian version of the CFPP is composed of a short and simple measure, being unidimensional and composed of 10 items. Each item corresponds to a statement about the fear of childbirth. The scale uses the Likert format, in which participants indicate their level of agreement on a five-point scale: (1) completely disagree, (2) disagree, (3) partially disagree, (4) agree and (5) completely agree. This approach aims to provide a comprehensive assessment of fear of childbirth before pregnancy [19].

The Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES) proposed by Eysenbach was used to build the tool in a virtual or web environment, assuring the quality of the reports [28]. The questionnaire was distributed on pages, and participants could check, revise, and change their answers using the back button. Mandatory questions were identified by an asterisk (*) [28].

The validation questionnaire was previously tested for comprehensibility, easy response, programming aspects, and database generated. After pre-testing, the questionnaire was corrected online (Google Forms), and the participants were recruited.

2.4 Data analysis

A combination of Exploratory Factor Analysis (EFA) and Confirmatory Factor Analysis (CFA) was used for statistical analysis. A significant Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) \geq

0.70 and Bartlett's Test of Sphericity (BTS) were considered to indicate sample adequacy in this study [26]. EFA used parallel analysis based on a polychoric matrix [26, 29]. Factor extraction was carried out using the Robust Unweighted Least Squares (RULS) technique [30], with Promin rotation and minimum factor loadings and communalities ≥ 0.40 . The Bootstrapping technique was used to test robustness, with sample extrapolation to 5,000 [31].

CFA included chi-square ratio by degrees of freedom ($\chi^2/df < 5$), Non-Normed Fit Index (NNFI) > 0.95 , Comparative Fit Index (CFI) > 0.95 , Goodness of Fit Index (GFI) > 0.95 , Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI) > 0.95 , and Root Mean Square of Residuals (RMSR) < 0.08 as indices for assessing the model's goodness of fit [32]. Reliability was assessed using Cronbach's Alpha [33] and McDonald's Omega [34], and all the data obtained was analysed using Factor 12.02.01 and JASP 0.16.4 statistical software.

2.5 Ethical aspects

The study was approved by the Research Ethics Committee of the Botucatu Medical School, under opinion no. 4.961.821. All participants signed an informed consent form (ICF).

3. Results

The Brazilian online version of the CFPP had a mean response time of 5 min. A total of 648 individuals answered it. Of these, 95 had to be excluded, resulting in 553 participants, primarily women (451, 81.5%), white (358, 64.7%), with a mean age of 27.2 years (standard deviation 11.3), living in the Southeast region (347, 63.2%). Moreover, they had a high level of education, predominantly with 13 years or more of study (396, 71.7%). A large proportion of the sample reported having a partner (331, 59.9%), and half of the participants were health professionals (270, 49.7%), some of them directly working in childbirth care (24, 4.4%) (Table 1).

As for obstetric characteristics, few participants had children (92, 16.7%), most undergoing caesarean sections in the last pregnancy (65, 11.7%), with no negative pregnancy experiences (61, 11.1%). Additionally, many participants seek information about childbirth during pregnancy, with a considerable proportion seeing health professionals (145, 35.3%) (Table 2).

Table 1. Sociodemographic characteristics of study participants.

| Variable | n | % |
|---------------------------------------|----------|----------|
| With children | 553 | - |
| No | 461 | 83.3 |
| Yes | 92 | 16.7 |
| Type of childbirth in last pregnancy | 552 | - |
| Normal | 27 | 4.9 |
| Caesarean section | 65 | 11.7 |
| Not applicable | 460 | 83.4 |
| Negative experience in last pregnancy | 551 | - |
| No | 61 | 11.1 |
| Yes | 31 | 5.6 |
| Not applicable | 459 | 83.3 |
| Source of information | 411 | - |
| Scientific articles | 77 | 18.7 |
| Printed material | 5 | 1.2 |
| Relatives/friends | 57 | 13.9 |
| Health professionals | 145 | 35.3 |
| Videos/Internet | 127 | 30.9 |

Table 2. Obstetric characteristics and source of information about childbirth.

| Variables | n | % |
|----------------------------|----------|----------|
| Sex | 553 | - |
| Women | 451 | 81.5 |
| Men | 100 | 18.1 |
| Not identified | 2 | 0.4 |
| Skin colour | 553 | - |
| White | 358 | 64.7 |
| Not white | 195 | 35.3 |
| Education - years of study | 553 | - |
| Up to 9 | 8 | 1.4 |
| 10–12 | 149 | 26.9 |
| 13 years or older | 396 | 71.7 |
| Marital status | 553 | - |
| No partner | 222 | 40.1 |
| With partner | 331 | 59.9 |
| State of residence | 549 | - |
| North | 24 | 4.4 |
| Northeast | 59 | 10.8 |
| South | 32 | 5.8 |

| Variables | n | % |
|--------------------------|----------|----------|
| Southeast | 347 | 63.2 |
| Centre-west | 87 | 15.8 |
| Health professional | 544 | - |
| No | 274 | 50.3 |
| Yes | 270 | 49.7 |
| Works in childbirth care | 545 | - |
| No | 521 | 95.6 |
| Yes | 24 | 4.4 |

As for psychometric analyses, the online Brazilian version of the CFPP showed good sample adequacy, verified by the BTS (2, 614.7, $df = 45$, $p < 0.001$) and KMO test (0.81, $CI_{95\%} = 0.767-0.839$). The unidimensional characteristic of the instrument was confirmed by parallel analysis, with an eigenvalue of 4.04. — being unidimensional means that rotational techniques were not necessary for the factor matrix.

Factor loadings ranged from 0.47 to 0.73, indicating satisfactory and adequate correlation levels between variables. No collinearity or multicollinearity problems or Heywood cases were found. Communalities ranged from 0.22 to 0.53, with six items showing values above 0.40. The explained variance was 51.9%, showing the model's low explanatory power. Table 3 shows factor loadings and communalities for each item on the scale (Table 3).

Table 3. Exploratory factor analysis of the Brazilian online version of the childbirth fear prior to pregnancy scale (Brazil, 2022).

| Item | F1 | Communalities |
|-------------|-----------|----------------------|
| 1 | 0.67 | 0.45 |
| 2 | 0.67 | 0.45 |
| 3 | 0.71 | 0.51 |
| 4 | 0.72 | 0.52 |
| 5 | 0.54 | 0.30 |
| 6 | 0.73 | 0.53 |
| 7 | 0.68 | 0.47 |
| 8 | 0.49 | 0.24 |
| 9 | 0.56 | 0.32 |
| 10 | 0.47 | 0.22 |

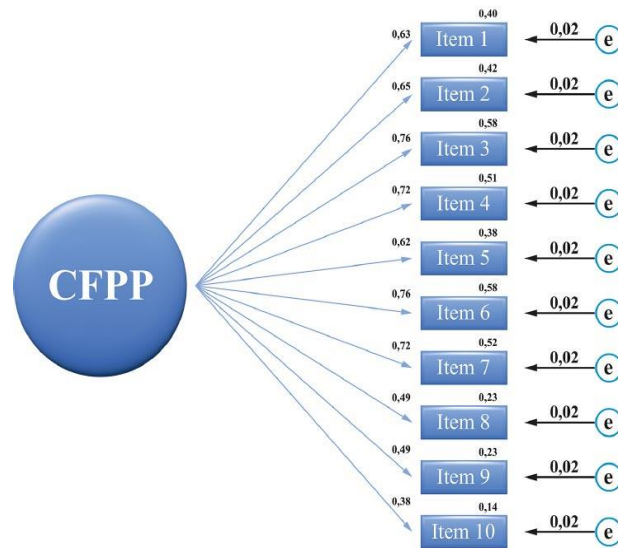


Fig. (1). CFPP path diagram.

Table 4. Childbirth Fear Prior to Pregnancy Scale scores (Brazil, 2022).

| Classification | Score | N | % |
|--------------------------|---------------------|-----|------|
| No childbirth fear | $10 \leq x \leq 28$ | 153 | 27.6 |
| Mild childbirth fear | $29 \leq x \leq 33$ | 143 | 25.8 |
| Moderate childbirth fear | $34 \leq x \leq 37$ | 111 | 20.0 |
| Severe childbirth fear | $38 \leq x \leq 50$ | 146 | 26.4 |
| Total | - | 553 | 100 |

The CFA indices showed that the model fitted the following values: $\chi^2/df=1.5$, NNFI=0.97, CFI=0.98, GFI=0.98, and SRMR= 0.06. Figure 1 shows a path diagram summarising the analysis. Factor loadings and predictive values were satisfactory (Figure 1).

Cronbach's Alpha and McDonald's Omega reliability was 0.86. The score was obtained from the sum of the 10 items of the instrument, ranging from 10 to 50, the highest scores indicating greater fear of childbirth. The proposed scores reveal that 111 (20.0%) participants had moderate fear of childbirth, 143 (25.8%) had mild fear of childbirth, 153 (27.6%) had no fear of childbirth and 146 (26.4%) % had severe fear of childbirth. The CFPP results showed that 400 (72.3%) participants reported some degree of fear of childbirth (Table 4).

When evaluating each item, most participants agreed with items 1, 5 and 7, revealing that they worry that pain during childbirth may be very strong (n=471, 85.1%), worry that something bad may happen to the baby (n=382, 69%) and are afraid of complications during

labor and birth (n=422, 73.3%), respectively. Of the respondents, 274 (n=49.5%) disagreed with item 10 about fear that the body will never be the same after delivery.

4. Discussion

The objective of this study was to assess the psychometric properties of the Brazilian version of the CFPP scale – online application to validate its internal structure, considering that changing the administration format from print to online caused visual changes that could influence the participants' response behaviour, consequently affecting important assessing parameters such as its internal consistency [23,24].

Based on the data collected and the statistical analyses used, the developed instrument showed evidence of internal structure validity and adequate reliability to assess childbirth fear in men and women before pregnancy. The instrument may not be suitable for the trans population. Therefore, it needs to be tested in this group, or another scale should be proposed, bearing in mind that this population also experiences childbirth fear and several other difficulties during the pregnancy-puerperium period, such as the risk of transphobic violence in healthcare [35].

EFA validation of its internal structure represents the degree to which the correlation between the items typically reflects the construct measured by the test. For instance, it informs the measurement precision of the instrument, ensuring that what was measured in a sample reflects the data of a given population [26,36].

The study showed good sample adequacy indicators, continuing with the factor analysis. Thus, the factor loadings indicated satisfactory and adequate levels of correlation between variables, corroborating the results from other countries where the CFPP was validated [17–19]. In Australia, factor loadings ranged from 0.51 to 0.71, in Canada from 0.54 to 0.72, in Germany from 0.56 to 0.77, in Iceland from 0.53 to 0.77, in the UK from 0.52 to 0.81 and in the US from 0.51 to 0.71 [17]. In Portugal ranged from 0,49 to 0,91 [18] and in the Brazil, the factor loadings of the printed version ranged from 0.5 to 0.7 [19].

The unidimensional characteristic of the instrument was confirmed by parallel analysis, which was also ratified in the Brazilian printed version, which showed a moderate correlation between items and a strong correlation between all items and the total [19]. Although in other countries, the validated scale presented the possibility of obtaining three domains in the analysis, which was maintained in the Portuguese version [18], Kathrin Stoll et al. suggested

maintaining only one since domains with fewer than three items are not recommended, conceptualising the CFPP scale as unidimensional by inter-item and item-total correlation analyses [17].

Communalities are the variance (correlation) of each variable explained by the factors. Thus, the higher the communality, the greater the power of the factor to explain that variable. Some items showed a communality below the cut-off point in this study. Nonetheless, factor loadings were adequate, and the other tests attested to the quality of the model, which supports keeping these items in the instrument.

The explained variance was obtained from the communalities, and the results showed low shared variance in some items. The presented variance is higher than the value obtained for the printed Brazilian version of the CFPP [19]. Nevertheless, further studies are needed to identify new childbirth fear aspects to broaden measurements to achieve a value higher than 60% [26]. CFA showed adequate adjustments to the model.

The Cronbach's Alpha and McDonald's Omega values indicated good reliability [37]. Two indicators were used to increase the reliability of the interpretation due to reliability inconsistencies with Cronbach's Alpha [38]. Similar reliability values were obtained in other countries using the same Alpha coefficient [17–19].

The score obtained with the Brazilian online version of the CFPP shows that many men and women intending to have children in the future have childbirth fears ranging from mild to severe. The mean score (32.5) was slightly lower than CFPP scores in Australia, Canada, Iceland, and with the printed Brazilian version (36.6, 34.3, 35.1, and 35.4, respectively). The highest scores were in England (38.5) and the United States (37) and the lowest in Germany (29.8) [17,19].

More than 40% of participants have moderate to high fear of childbirth, which could affect the type of delivery choices [1,3,7,39,40]. Several factors have been associated with the development of childbirth fear, in addition to concerns inherent in the dynamic nature of the process. These include previous individual or familial negative experiences, information dissemination, and psychological and sociodemographic factors [39].

Some studies show that certain interventions help reduce childbirth fear. In particular, including cognitive-behavioural therapies, psychotherapies, prenatal education, hypnobirthing, relaxation, Pilates, art therapy, interventions during labour (acupressure and music therapy), and

improved and continuous obstetric care [39, 41]. However, more clinical studies with adequate methodological rigour are needed to confirm the effectiveness of these interventions in reducing childbirth fear. Furthermore, instruments for measuring phenomena complement the professional healthcare provided, highlighting other aspects of the process. For instance, healthcare should be integral, including active listening and welcoming individual needs.

The SQUIRE 2.0 tool contributed to the selection, ordering and presentation of the most relevant information produced by this study.

4.1 Study limitations

A limitation of this study is that the sample was mainly composed of highly educated participants, with half of the interviewees being health professionals.

5. Conclusion

The Brazilian online version of the CFPP scale showed evidence of internal structure validity and adequate reliability to measure childbirth fear in men and women before pregnancy. Furthermore, the online format reaches more individuals to identify and target modifiable factors related to childbirth fear. The early detection of this fear and associated factors helps plan and develop health education strategies to improve the quality of obstetric care.

Ethical approval and consent to participate: The Research Ethics Committee of the Hospital das Clínicas of the Botucatu Medical School approved this study (protocol no. : 4.961.821). All participants signed the ICF.

Human and animal rights: This study was conducted per the ethical principles of the Declaration of Helsinki.

Consent to publication: Not applicable.

Data and material availability: The data sets used or analysed during this study are available from the corresponding author upon reasonable request. *Milena Temer Jamas, São Paulo State University, Botucatu Medical School - Nursing Department. Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro, S/N, 18618687, Botucatu, São Paulo, Brazil, Office Phone: +55 14 38801700, Fax number: +55 14 38801328, E-mail: milena.temer@unesp.br.*

Funding: This study was funded by the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel (CAPES) and the Federal Nursing Council (COFEN) - Notice no. 8/2021.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflicts of interest.

Abbreviations: CFA, Confirmatory Factor Analysis; EFA, Exploratory Factor Analysis; AGFI, Adjusted Goodness of Fit Index; CFI, Comparative Fit Index; CFPP, Childbirth Fear Prior to Pregnancy; df, degree of freedom; GFI, Goodness of Fit Index; KMO, Kaiser-Meyer-Olkin; NNFI, Non-Normed Fit Index; RMSR, Root Mean Square of Residuals; RULS, Robust Unweighted Least Squares; ICF, Informed Consent Form; BTS, Bartlett’s Test of Sphericity; W-DEQ, Wijama Delivery Expectancy/Experience Questionnaire.

References

- [1] Travancas LJ, Vargens OM da C. Factors that generate fear of childbirth: an integrative review. *Rev Enferm UFSM* 2020;10:e96. [<https://doi.org/10.5902/2179769241385>]
- [2] Nilsson C, Hessman E, Sjöblom H, Dencker A, Jangsten E, Mollberg M, et al. Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: A systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* 2018;18. [<https://doi.org/10.1186/s12884-018-1659-7>]
- [3] Zhou X, Liu H, Li X, Zhang S. Fear of childbirth and associated risk factors in healthy pregnant women in northwest of china: A cross-sectional study. *Psychol Res Behav Manag* 2021;14:731–41. [<https://doi.org/10.2147/PRBM.S309889>]
- [4] Mello RS, Toledo SF de, Mendes AB, Melarato CR, Mello DS. Fear of childbirth among pregnant women. *Femina* 2021;49(2):121–8.
- [5] O’Connell MA, Martin CR, Jomeen J. Reconsidering fear of birth: Language matters. *Midwifery* 2021;102:103079. [<https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103079>]
- [6] O’Connell MA, Khashan AS, Leahy-Warren P. Women’s experiences of interventions for fear of childbirth in the perinatal period: A meta-synthesis of qualitative research evidence. *Women and Birth* 2021;34:e309–21. [<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.05.008>]
- [7] Dai L, Zhang N, Rong L, Ouyang YQ. Worldwide research on fear of childbirth: A bibliometric analysis. *PLoS One* 2020;15. [<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236567>]
- [8] Dencker A, Nilsson C, Begley C, Jangsten E, Mollberg M, Patel H, et al. Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: A systematic review. *Women and Birth* 2019;32:99–111. [<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.07.004>]
- [9] Slade P, Balling K, Sheen K, Houghton G. Establishing a valid construct of fear of childbirth: Findings from in-depth interviews with women and midwives. *BMC Pregnancy Childbirth* 2019;19. [<https://doi.org/10.1186/s12884-019-2241-7>]
- [10] Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ: a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *Obstet Gynecol* 1998;19:84–97. [<https://doi.org/10.3109/01674829809048501>]

- [11] Haines H, Pallant JF, Karlström A, Hildingsson I. Cross-cultural comparison of levels of childbirth-related fear in an Australian and Swedish sample. *Midwifery* 2011;27:560–7. [<https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.05.004>]
- [12] Fairbrother N, Thordarson DS, Stoll K. Fine tuning fear of childbirth: the relationship between Childbirth Fear Questionnaire subscales and demographic and reproductive variables. *J Reprod Infant Psychol* 2018;36:15–29. [<https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1396300>]
- [13] Wijma K, Alehagen S, Wijma B. Development of the Delivery Fear Scale. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2002;23:97–107. [<https://doi.org/10.3109/01674820209042791>]
- [14] Slade P, Balling K, Houghton G, Sheen K. A new scale for fear of childbirth: the Fear of Childbirth Questionnaire (FCQ). *J Reprod Infant Psychol* 2021;40(6):602–12. [<https://doi.org/10.1080/02646838.2021.1928615>]
- [15] Richens Y, Campbell M, Lavender T. Fear of birth—A prospective cohort study of primigravida in the UK. *Midwifery* 2019;77:101–9. [<https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.06.014>]
- [16] Moran E, Bradshaw C, Tuohy T, Noonan M. The paternal experience of fear of childbirth: An integrative review. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(3):1231. [<https://doi.org/10.3390/ijerph18031231>]
- [17] Stoll K, Hauck Y, Downe S, Edmonds J, Gross MM, Malott A, et al. Cross-cultural development and psychometric evaluation of a measure to assess fear of childbirth prior to pregnancy. *Sexual and Reproductive Healthcare* 2016;8:49–54. [<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.02.004>]
- [18] Ferreira MJ, Teixeira ZM. Preliminary study of the Portuguese version of the childbirth fear prior to pregnancy scale in a sample of university students. *Revista de Enfermagem Referencia* 2020;5(3):e20002. [<https://doi.org/10.12707/RV20002>]
- [19] Tomazin KJCG, Miot HA, Stoll K, Gonçalves IR, Spiri WC, Felipe TRL, et al. Cross-cultural Adaptation and Validation of the Childbirth Fear Prior to Pregnancy Scale in Brazil. *Open Nurs J* 2021;15(1):179–85. [<https://doi.org/10.2174/1874434602115010179>]
- [20] Stoll K, Hall W, Janssen P, Carty E. Why are young Canadians afraid of birth? A survey study of childbirth fear and birth preferences among Canadian University students. *Midwifery* 2014;30(2):220–6. [<https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.07.017>]
- [21] Costa BRL. Bola de Neve Virtual: O Uso das Redes Sociais Virtuais no Processo de Coleta de Dados de uma Pesquisa Científica (Virtual Snowball: The Use of Virtual Social Networks in the Data Collection Process of Scientific Research). *Revista Interdisciplinar de Gestão Social* 2018;7(1):15–37. [<https://doi.org/10.9771/23172428rigs.v7i1.24649>]
- [22] Araújo ETH, Almeida CAPL, Vaz JR, Magalhães E JL, Alcantara CHL, Lago EC. Use of social networks for data collection in scientific productions in the health area: Integrative literature review. *Aquichan* 2019;19. [<https://doi.org/10.5294/aqui.2019.19.2.4>]

- [23] Gehlbach H. Seven Survey Sins. *Journal of Early Adolescence* 2015;35:883–97. [https://doi.org/10.1177/0272431615578276]
- [24] Weijters B, Millet K, Cabooter E. Extremity in horizontal and vertical Likert scale format responses. Some evidence on how visual distance between response categories influences extreme responding. *International Journal of Research in Marketing* 2021;38:85–103. [https://doi.org/10.1016/j.ijresmar.2020.04.002]
- [25] American Educational Research Association, American Psychological Association, National Council on Measurement in Education. *Standards for Educational and Psychological Testing*. New York: American Educational Research Association; 2014.
- [26] Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. *Multivariate Data Analysis*. 7th ed. Essex: Pearson Education Limited; 2013.
- [27] de Boni RB. Web surveys in the time of COVID-19. *Cad Saude Publica* 2020;36(7):e00155820. [https://doi.org/10.1590/0102-311x00155820]
- [28] Eysenbach G. Improving the quality of web surveys: The Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES). *J Med Internet Res* 2004;6(3):e34. [https://doi.org/10.2196/jmir.6.3.e34].
- [29] Timmerman ME, Lorenzo-Seva U. Dimensionality assessment of ordered polytomous items with parallel analysis. *Psychol Methods* 2011;16(2):209–20. [https://doi.org/10.1037/a0023353]
- [30] Auerswald M, Moshagen M. How to determine the number of factors to retain in exploratory factor analysis: A comparison of extraction methods under realistic conditions. *Psychol Methods* 2019;24(4):468–91. [https://doi.org/10.1037/met0000200]
- [31] Choi J, Kim S, Chen J, Dannels S. A Comparison of Maximum Likelihood and Bayesian Estimation for Polychoric Correlation Using Monte Carlo Simulation. *Journal of Educational and Behavioral Statistics* 2011;36(4):523–49. [https://doi.org/10.3102/1076998610381398]
- [32] Goretzko D, Pham TTH, Bühner M. Exploratory factor analysis: Current use, methodological developments and recommendations for good practice. *Current Psychology* 2021;40:3510–21. [https://doi.org/10.1007/s12144-019-00300-2]
- [33] Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 1951;16:297–334. [https://doi.org/10.1007/BF02310555]
- [34] McDonald RP. *Test Theory: a unified treatment*. Mahwah: Lawrence Erlbaum; 1999.
- [35] Pereira DMR, de Araújo EC, da Silva ATCSG, de Abreu PD, Calazans JCC, da Silva LLSB. Scientific evidence on experiences of pregnant transsexual men. *Texto e Contexto Enfermagem* 2022;31. [https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0347EN].
- [36] Cestari VRF, Borges JWP, Florêncio RS, Garces TS, Pessoa VLM de P, Moreira TMM. Structure internal of the dimension Human Person of the Questionnaire of Health Vulnerability in

Heart Failure. *Rev Esc Enferm USP* 2022;56:e20220117. [<https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0117en>]

[37] Fayers PM, Machin D. Scores and Measurements: Vality, Reability and Sensitivity. *Quality of Life: The Assessment, Analysis and Interpretation of Patient-Reported Outcomes*. 2th ed., 2007, p. 77–108. [<https://doi.org/10.1002/9780470024522.ch4>]

[38] Dunn TJ, Baguley T, Brunsten V. From alpha to omega: A practical solution to the pervasive problem of internal consistency estimation. *British Journal of Psychology* 2014;105:399–412. [<https://doi.org/10.1111/bjop.12046>]

[39] Webb R, Bond R, Romero-Gonzalez B, Mycroft R, Ayers S. Interventions to treat fear of childbirth in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 2021;51:1964–77. [<https://doi.org/10.1017/S0033291721002324>]

[40] Imakawa CSO, Nadai MN, Reis M, Quintana SM, Moises ECD. Is it Necessary to Evaluate Fear of Childbirth in Pregnant Women? A Scoping Review. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 2022;44:692–700. [<https://doi.org/10.1055/s-0042-1751062>]

[41] Nunes LR de C, Coutinho FC, Santos VA dos. Medo do parto: Uma revisão das intervenções baseadas na Terapia Cognitivo-Comportamental (Fear of childbirth: A review of interventions based on Cognitive-Behavioural Therapy). *Psicologia - Teoria e Prática* 2022;24. [<https://doi.org/10.5935/1980-6906/ePTPCP14089.pt>]

5.4 Produção Técnica – Produto 1

Título: Escala Brasileira Childbirth Fear Prior to Pregnancy (CFPP) – Aplicação on-line.

Equipe técnica: Enf^a. Andrezza Belluomini Castro, discente do Programa de Pós Graduação em Enfermagem Doutorado Profissional UNESP/Botucatu, sob orientação da Prof.^a Dra. Milena Temer Jamas e coorientação da Prof.^a Dra. Marla Andreia Garcia de Ávila.

Equipe colaboradora: Vanessa Natsumi Mizobata, Thaís de Oliveira.

Introdução: A modificação no formato de aplicação do instrumento impresso para a versão on-line provocou alterações visuais no formato da escala, que passa de um modelo horizontal para vertical, podendo influenciar no comportamento de resposta dos avaliados pela visualização nos mais diversos dispositivos tecnológicos.

Descrição do produto: Trata-se um instrumento de medida online, para mensurar o medo do parto em homens e mulheres antes da gestação, construído na plataforma *Google Forms*, composto por 10 itens, que tem 5 opções de resposta que variam de (1) discordo totalmente, (2) discordo, (3) discordo parcialmente, (4) concordo e (5) concordo totalmente, dispostos na vertical.

Tipo e natureza da produção:

Meio de divulgação - () impresso; () magnético; (x) digital; () vídeo ; () hipertexto; () outros. Quais?

Finalidade do produto: A versão online da CFPP, permite maior acessibilidade, facilidade de distribuição e coleta de dados em larga escala, redução de custos e tempo. Essa abordagem permite alcançar um público mais amplo e diversificado, contribuindo para uma amostra mais representativa e resultados mais robustos.

Registro do produto: Publicação no periódico “*The Open Nursing Journal*”.

Desenvolvimento do produto: A escala CFPP, versão brasileira, foi disponibilizada na plataforma digital *Google Forms* e divulgada para uma amostra de 515 participantes, homens e mulheres, com ou sem parceiros, maiores de 18 anos, que não estavam grávidos no momento da coleta de dados e tinham planos de ter filhos no futuro. A análise estatística envolveu técnicas combinadas de Análise Fatorial Exploratória e Análise Fatorial Confirmatória. A confiabilidade foi avaliada utilizando os indicadores *Alpha de Cronbach* e *Ômega de McDonald's*. Os resultados indicaram que a versão online da escala CFPP demonstrou evidências adequadas de

validade de estrutura interna e confiabilidade para a mensuração do construto na população estudada.

6. CONCLUSÃO

A versão online brasileira da escala CFPP apresentou evidências robustas de validade da estrutura interna e confiabilidade para avaliar o medo do parto em homens e mulheres antes da gravidez. Esses resultados reforçam a utilidade da escala como um instrumento eficaz na identificação e avaliação do medo do parto normal na população brasileira.

O instrumento online possibilitou a realização de um inquérito abrangente a nível nacional, revelando a presença do medo em jovens e adultos não grávidos da população brasileira, com destaque para a significativa participação de profissionais da saúde.

7. REFERÊNCIAS

1. Matos, M. G., Magalhães, A. S., & Féres-Carneiro, T. (2021). Violência obstétrica e trauma no parto: o relato das mães. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 41, 1-13. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003219616>
2. Dencker A, et al., Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: A systematic review, *Women Birth* (2018), <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.07.004>
3. Nunes, Livia R. de C.; Coutinho, Fernanda C.; Santos, Veruska Andréa dos. Medo do parto: uma revisão das intervenções baseadas na terapia cognitivo-comportamental. *Psicol. teor. prat.*, São Paulo , v. 24, n. 1, p. 1-22, abr. 2022 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872022000100017&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 15 maio 2024. <http://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/ePTPCP14089.en>.
4. Imakawa CS de O, Nadai MN de, Reis M, Quintana SM, Moises ECD. Is it Necessary to Evaluate Fear of Childbirth in Pregnant Women? A Scoping Review. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2022 Jul;44(7):692–700. Available from: <https://doi.org/10.1055/s-0042-1751062>
5. Pauluk LR, Ballão CM. Considerações sobre o medo na História e na Psicanálise. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 31, p. 60-66, 2019.
6. Aksoy A, Aydın F, Kucur S, Gözükarı I. Maternal and fetal doppler velocimetry in women diagnosed with fear of childbirth. *Niger J Clin Pract*. 2016 Sep-Oct;19(5):632-5. doi: 10.4103/1119-3077.183238
7. O'Connell MA, Leahy-Warren P, Khashan AS, Kenny LC, O'Neill SM. Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and metaanalysis. *ARNP J Eng Appl Sci*. 2017;12(10):3218-21.

8. Kacperczyk-bartnik J, Bartnik P, Symonides A, Sroka-ostrowska N, Dobrowolska-redo A, Romejko-wolniewicz E. Association between antenatal classes attendance and perceived fear and pain during labour. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2019;58(4):492-6.
9. Mello RS, Toledo SF de, Mendes AB, Melarato CR, Mello DS. Fear of childbirth among pregnant women. *Femina* 2021;49(2):121–8.
10. Wigert H, Nilsson C, Dencker A, Begley C, Jangsten E, Sparud-Lundin C, Mollberg M, Patel H. Women's experiences of fear of childbirth: a metasynthesis of qualitative studies. *Int J Qual Stud Health Well-being.* 2020 Dec;15(1):1704484. doi: 10.1080/17482631.2019.1704484. PMID: 31858891; PMCID: PMC6968519.
11. Freddi WE da S. PREPARO DA GESTANTE PARA O PARTO. *Rev Bras Enferm [Internet].* 1973 Apr;26(3):108–20. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-716719730003000002>
12. Spigolon DN, Teston EF, Maran E, Varela PLR, Biazyan SF, Ribeiro BMS. Perceptions of pregnant women regarding the choice of the route of delivery. *Saúde e Pesqui.* 2020 out./dez.; 13(4): 789-798 - e-ISSN 2176-9206.
13. Travancas LJ, Vargens OM da C. Factors that generate fear of childbirth: an integrative review. *Rev Enferm UFSM* 2020;10:e96. [<https://doi.org/10.5902/2179769241385>]
14. Rodrigues QG, Gusmão K, Nascimento LC, Araújo LA, Mota EES, Camisão AR. Fatores que influenciam a decisão da via do parto. *Rev Cient Esc Estadual Saúde Pública Goiás "Cândido Santiago".* 2022;8:e(80005):01-12.
15. Nakano AR, Bonan C, Teixeira LA. O trabalho de parto do obstetra: estilo de pensamento e normalização do “parto cesáreo” entre obstetras. 2017. *Rev. Saúde Colet. Physis*, 27(3).
16. Brasil. Ministério da Saúde. *Apice On: Aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetrícia e neonatologia.* 2017, Brasília, DF.
17. Lehugeur Danielle, Strapasson MR, Fronza E. Manejo não farmacológico de alívio da dor em partos assistidos por enfermeira obstétrica. *Rev enferm UFPE on line., Recife,* 11(12):4929-37, dec., 2017. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a22487p4929-4937-2017>.
18. Cabral BTV, Rocha MC dos S, Almeida VR de M, Petrônio CCAD, Azevedo IC de, Martins QCS, et al.. Non-pharmacological measures for pain relief in childbirth: a systematic review. *Rev Bras Saude Mater Infant [Internet].* 2023;23:e20210439. Available from: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202300000439-em>
19. Betran AP, Ye J, Moller A-B, et al. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. *BMJ Global Health* 2021;6:e005671. doi:10.1136/ bmjgh-2021-005671
20. Assistência ao parto e nascimento: uma agenda para o século 21 / Childbirth care: an agenda for the 21st century. Keunecke, Ana Lúcia; Polido, Carla Andreucci; Rabello Neto, Dácio de Lyra; Rattner, Daphne; Silva, Jéssica Alves da; Horta, Júlia Cristina do Amaral; Ventura, Kleyde; Vilela, Maria Esther de Albuquerque; Borem, Paulo; Jones, Ricardo Herbert; Diniz, Simone Grilo; Venâncio, Sônia Isoyama; Lansky, Sônia; Toma, Tereza Setsuko; UNICEF; Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. Brasília; UNICEF, ReHuNa; 20210000. 148 p.
21. Dahlen H. Undone by fear? Deluded by trust?. *Midwifery.* 2010;26(2):156doi:10.1016/j.midw.2009.11.008
22. Boerma T; Ronsmans C; Melesse DY; Barros AJD; Barros FC; Juan L; Moller, AB; Say,L; Hosseinpoor, AR; Mu Yi, Dácio de Lyra Rabello Neto, Temmerman,M. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean Sections. *Lancet* 2018; 392: 1341–48.

23. Teixeira SVB, Silva CFCS, Silva LR, Rocha CR, Nunes JFS, Spindola T. Vivências no processo de parturição: antagonismo entre o desejo e o medo. *Rev Fun Care Online*. 2018 out/dez; 10(4):1103-1110. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i4.1103-1110>
24. Almeida NAM, Medeiros M, Souza MR. Perspectivas de dor do parto normal de primigestas no período pré-natal. *Texto contexto - enferm*. [Internet]. 2012 Dec [cited 2018 Apr 24]; 21(4): 819-827.
25. Souto SA, Albuquerque RS, Prata AP. O medo do parto em tempo de pandemia do novo coronavírus. *Ver Bras Enferm*. 2020;73(Suppl 2):e20200551.
26. Waldenström U, Hildingsson U, Ryding E. Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG* 2006; 113:638–646. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2006.00950.x
27. Hildingsson, et al. Women with fear of childbirth might benefit from having a known midwife during labour, *Women Birth* (2018), <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.04.014>
28. Edmonds JK, Cwierniewicz T, Stoll K. Childbirth Education Prior to Pregnancy? Survey Findings of Childbirth Preferences and Attitudes Among Young Women. *J Perinat Educ*. 2015;24(2):93-101. doi:10.1891/1058-1243.24.2.93
29. Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1998 Jun;19(2):84-97. doi: 10.3109/01674829809048501. PMID: 9638601.
30. Haines H, Pallant JF, Karlström A, Hildingsson I. Cross-cultural comparison of levels of childbirth-related fear in an Australian and Swedish sample. *Midwifery*. 2011 Aug;27(4):560-7. doi: 10.1016/j.midw.2010.05.004. Epub 2010 Jul 3. PMID: 20598787.
31. Stoll K, Hauck Y, Downe S, Edmonds J, Gross MM, Malott A, et al. Cross-cultural development and psychometric evaluation of a measure to assess fear of childbirth prior to pregnancy. *Sexual and Reproductive Healthcare* 2016;8:49–54. [<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.02.004>]
32. Haines HM, Pallant JF, Fenwick J, Gamble J, Creedy DK, Toohill J, Hildingsson I. Identifying women who are afraid of giving birth: A comparison of the fear of birth scale with the WDEQ-A in a large Australian cohort. *Sex Reprod Healthc*. 2015 Dec;6(4):204-10. doi: 10.1016/j.srhc.2015.05.002. Epub 2015 May 15. PMID: 26614602.
33. Tomazin KJCG, Miot HA, Stoll K, Gonçalves IR, Spiri WC, Felipe TRL, et al. Cross-cultural Adaptation and Validation of the Childbirth Fear Prior to Pregnancy Scale in Brazil. *Open Nurs J* 2021;15(1):179–85. [<https://doi.org/10.2174/1874434602115010179>]
34. Feitosa RMM; PDR; Souza JCP; et al. Factors that influence the choice of birth type regarding the perception of puerperal women. *Rev Fund Care Online*. 2017 jul/sep; 9(3):717-726. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.717-726>
35. O'Connell MA, Khashan AS, Leahy-Warren P. Women's experiences of interventions for fear of childbirth in the perinatal period: A meta-synthesis of qualitative research evidence. *Women and Birth*, Volume 34, Issue 3, 2021, Pages e309-e321, ISSN 1871-5192, <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.05.008>.
36. B. Larsson, et al., Women's experience of midwife-led counselling and its influence on childbirth fear: A qualitative study, *Women Birth* (2018), <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.04.008>
37. Silva, Fernanda et al. "Parto ideal": medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX. *Saúde Soc. São Paulo*,

- v.28, n.3, p.171-184, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180819>.
38. Velho, Manuela Beatriz et al. Modelos de assistência obstétrica na Região Sul do Brasil e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2019, v. 35, n. 3 [Acessado 25 Maio 2024], e00093118. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00093118>>. Epub 25 Mar 2019. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00093118>.
 39. Oliveira SC, Fernandes AF, Vasconcelos EM, Ximenes LB, Leal LP, Cavalcanti AM, et al. Efeito de uma intervenção educativa na gravidez: ensaio clínico randomizado em cluster. *Acta Paul Enferm*. 2018;31(3):291-8.
 40. de Oliveira F. L, Triangulação metodológica e abordagem multimétodo na pesquisa sociológica: vantagens e desafios. *Ciências Sociais Unisinos* [Internet]. 2015;51(2):133-143. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=93841498004>
 41. Julian Elliott (2004) Multimethod approaches in educational research, *International Journal of Disability, Development and Education*, 51:2, 135-149, DOI: 10.1080/10349120410001687364
 42. Nacional de Saúde. Resolução no 510, de 7 de abril de 2016. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais.

8. APÊNDICE E ANEXO

Apêndice 1 – Convite dos participantes do inquérito online

Olá, meu nome é Andrezza Belluomini Castro. Sou enfermeira, doutoranda pelo Programa de Enfermagem da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Unesp Botucatu.

Convido vocês para participar da pesquisa sobre o **Medo do Parto Normal**, em adultos jovens não grávidos e que pretendem ter filhos no futuro.

Quem pode participar?

Homens e mulheres acima de 18 anos de idade, que planejam ter filhos no futuro.

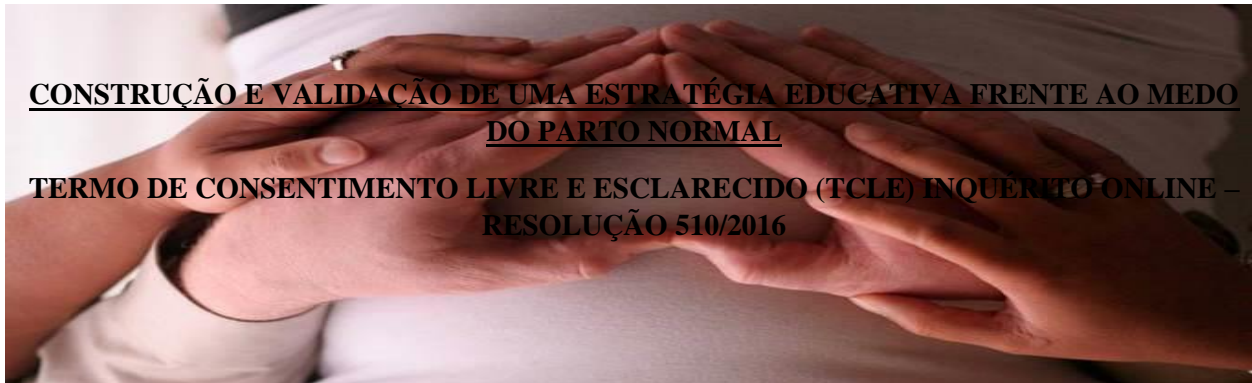
Venha participar e contribua para o avanço do ensino para o planejamento de melhores intervenções no âmbito do Medo do Parto Normal. Acesse o link e compartilhe com seus colegas: <https://forms.gle/1Pk28uwAjCdyVVzH9>

Mais informações:

E-mail: andrezza.belluomini@unesp.br

WhatsApp: +55 [14] 99126-9660

Apêndice 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – inquérito online



Convido, o Senhor (a) para participar do projeto de pesquisa intitulado: **CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA ESTRATÉGIA EDUCATIVA FRENTE AO MEDO DO PARTO**, que será desenvolvido por mim Andrezza Belluomini Castro, Enfermeira e aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, com orientação da Prof.^a Dra. Milena Jamas Temer e coorientação da Prof.^a Dra. Marla Andréia Garcia de Ávila, docentes do departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.

Você está sendo convidado, por estar em idade reprodutiva, e foi identificado (a) por meio das redes sociais. Estou estudando o medo do parto em população de jovens e adultos não grávidos. O objetivo da pesquisa é elaborar um material educativo para auxiliar na intervenção educativa sobre o medo do parto normal em jovens e adultos.

Para que eu possa ter um resultado, neste momento preciso que você preencha um questionário com 19 perguntas simples e uma escala que se propõe medir o medo do parto antes da gravidez, no formato on-line. Você vai demorar aproximadamente de dez a quinze minutos responder a pesquisa.

Essa pesquisa trará o benefício de ajudar os profissionais da saúde a elaborar iniciativas para fortalecer mulheres e casais na assistência ao parto, no intuito de conhecer e desmistificar o medo, estimular as intervenções não farmacológicas e também contribuir para ações de planejamento do parto.

Durante o preenchimento, você poderá sentir constrangimento ou desconforto ao responder alguma pergunta do questionário. Essa pesquisa não tem nenhum risco para você, no entanto, se sentir desconfortável em responder a alguma pergunta, terá liberdade para não participar.

As informações serão coletadas diretamente pela internet e armazenadas sem qualquer outro tipo de identificação. Os dados informados serão tratados de maneira sigilosa e analisados pelos pesquisadores em conjunto com as respostas dos outros participantes. Os resultados desse estudo poderão ser publicados em revistas científicas.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Fique ciente que sua participação nessa pesquisa é voluntária e que mesmo após ter dado seu consentimento para participar da pesquisa, você poderá retirá-lo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Para participar deste estudo, você não terá que arcar com nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, sob o parecer nº 47938821.6.0000.5411. Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa, durante a sua participação ou posteriormente, você pode entrar em contato através do telefone ou e-mail disponibilizado.

Agora você pode escolher:

- () concordo em participar da pesquisa
- () não concordo

Andrezza Belluomini Castro

Telefone: (14) 99126-9660

Endereço: Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n CEP: 18618-687 Botucatu/SP.

E-mail: andrezza.belluomini@unesp.br

Apêndice 3 – Instrumento eletrônico Inquérito online

1. Qual o seu gênero? Masculino; Feminino; Prefiro não identificar.
2. De acordo com a cor da pele, você se considera: branco/a; preto/a; pardo/a; indígena; amarelo/a.
3. Escolaridade: Sem escolaridade; Ensino fundamental incompleto; Ensino fundamental completo; Ensino médio incompleto; Ensino médio completo; Ensino superior; Pós Graduação.
4. Em qual região do Brasil você mora? Sul; Sudeste; Centro-oeste; Norte; Nordeste.
5. Exerce atualmente algum trabalho remunerado? Funcionário/a público; Militar; Autônomo/a; Funcionário/a Privado; Empresário/a; Profissional Liberal; Desempregado/a; Não se Aplica.
6. Você é profissional de saúde? Sim ou Não.
7. Você trabalha na assistência ao parto? Sim ou Não.
8. Sua situação conjugal: Com Companheiro/a ou Sem Companheiro/a.
9. Possui filhos? Sim ou não
10. Qual foi o tipo de parto da última gestação? Normal; Cesariana; Não se Aplica.
11. Vivenciou uma experiência negativa na gestação anterior? Sim; Não; Não se Aplica.
12. Experiência de amigas ou familiares influenciaram o tipo de parto que você escolheu? Sim; Não; Não se Aplica.
13. Onde busca informações sobre parto? Vídeos/internet; Material Impresso; Parentes e Amigos; Profissional de Saúde; Artigos Científicos; Não busco informações sobre parto.

ANEXO 1: Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES)

| ITEM DA LISTA DE VERIFICAÇÃO | EXPLICAÇÃO |
|---|---|
| Descrever o design da pesquisa | Descrever a população-alvo, quadro amostral. A amostra é uma amostra de conveniência? (Em pesquisas “abertas”, isso é mais provável.) |
| Aprovação do IRB | Mencione se o estudo foi aprovado por um IRB. |
| Consentimento informado | Descreva o processo de consentimento informado. Onde foi informado aos participantes a duração da pesquisa, quais dados foram armazenados e onde e por quanto tempo, quem era o investigador e o objetivo do estudo? |
| Proteção de dados | Se alguma informação pessoal foi coletada ou armazenada, descreva quais mecanismos foram utilizados para proteger o acesso não autorizado. |
| Desenvolvimento e teste | Indique como o inquérito foi desenvolvido, incluindo se a usabilidade e a funcionalidade técnica do questionário eletrônico foram testadas antes de o questionário ser aplicado. |
| Pesquisa aberta versus pesquisa fechada | Uma “pesquisa aberta” é uma pesquisa aberta para cada visitante de um site, enquanto uma pesquisa fechada é aberta apenas para uma amostra que o investigador conhece (pesquisa protegida por senha). |
| Modo de contato | Indique se o contato inicial com os potenciais participantes foi feito ou não pela Internet. (Os investigadores também podem enviar questionários por correio e permitir a entrada de dados pela Web.) |
| Anunciando a pesquisa | Como/onde a pesquisa foi anunciada ou divulgada? Alguns exemplos são mídia off-line (jornais) ou on-line (listas de e-mail – se sim, quais?) ou banners (onde esses banners foram postados e como eram?). É importante conhecer o texto do anúncio, pois influenciará fortemente quem decidirá participar. Idealmente, o anúncio da pesquisa deve ser publicado como um apêndice. |
| Web/E-mail | Indique o tipo de pesquisa eletrônica (por exemplo , uma publicada em um site ou enviada por e-mail). Se for uma pesquisa por e-mail, as respostas foram inseridas manualmente em um banco de dados ou houve um método automático para capturar as respostas? |

| | |
|--|---|
| Contexto | Descreva o site (para lista de discussão/grupo de notícias) no qual a pesquisa foi publicada. Sobre o que é o site, quem o visita, o que os visitantes normalmente procuram? Discuta até que ponto o conteúdo do site poderia pré-selecionar a amostra ou influenciar os resultados. Por exemplo, uma pesquisa sobre vacinação em um site anti-imunização terá resultados diferentes de uma pesquisa realizada em um site do governo. |
| Obrigatório/voluntário | Foi uma pesquisa obrigatória a ser preenchida por todos os visitantes que desejassem entrar no site, ou foi uma pesquisa voluntária? |
| Incentivos | Foram oferecidos quaisquer incentivos (por exemplo, monetários, prêmios ou incentivos não monetários, como uma oferta para fornecer os resultados da pesquisa)? |
| Hora/Data | Em que período os dados foram coletados? |
| Randomização de itens ou questionários | Para evitar vieses, os itens podem ser randomizados ou alternados. |
| Questionamento adaptativo | Use questionamentos adaptativos (certos itens ou apenas exibidos condicionalmente com base nas respostas a outros itens) para reduzir o número e a complexidade das perguntas. |
| Número de itens | Qual foi o número de itens do questionário por página? O número de itens é um fator importante para a taxa de conclusão. |
| Número de telas (páginas) | Em quantas páginas o questionário foi distribuído? O número de itens é um fator importante para a taxa de conclusão. |
| Verificação de integridade | É tecnicamente possível realizar verificações de consistência ou integralidade antes do envio do questionário. Isso foi feito, e se “sim”, como (geralmente JavaScript)? Uma alternativa é verificar a integridade após o envio do questionário (e destacar os itens obrigatórios). Se isso tiver sido feito, deve ser relatado. Todos os itens devem fornecer uma opção de não resposta, como “não aplicável” ou “prefiro não dizer”, e a seleção de uma opção de resposta deve ser obrigatória. |
| Etapas de revisão | Indique se os respondentes conseguiram revisar e alterar suas respostas (por exemplo, por meio de um botão Voltar ou de uma etapa de Revisão que exibe um resumo das respostas e pergunta aos respondentes se elas estão corretas). |

| | |
|--|--|
| Visitante único do site | Se você fornecer taxas de visualização ou taxas de participação, precisará definir como determinou um visitante único. Existem diferentes técnicas disponíveis, baseadas em endereços IP ou cookies ou ambos. |
| Taxa de visualização (proporção de visitantes únicos da pesquisa/visitantes únicos do site) | Requer a contagem de visitantes únicos na primeira página da pesquisa, dividido pelo número de visitantes únicos do site (não visualizações de página!). Não é incomum ter taxas de visualização inferiores a 0,1% se a pesquisa for voluntária. |
| Taxa de participação (proporção de visitantes únicos que concordaram em participar/visitantes únicos da primeira página da pesquisa) | Conte o número único de pessoas que preencheram a primeira página do inquérito (ou concordaram em participar, por exemplo, marcando uma caixa de verificação), dividido pelos visitantes que visitaram a primeira página do inquérito (ou a página de consentimento informado, se presente). Isso também pode ser chamado de taxa de “recrutamento”. |
| Taxa de conclusão (proporção de usuários que concluíram a pesquisa/usuários que concordaram em participar) | O número de pessoas que enviaram a última página do questionário, dividido pelo número de pessoas que concordaram em participar (ou enviaram a primeira página da pesquisa). Isto só é relevante se houver uma página separada de “consentimento informado” ou se a pesquisa abranger várias páginas. Esta é uma medida de desgaste. Observe que a “preenchimento” pode envolver deixar os itens do questionário em branco. Esta não é uma medida de quão completamente os questionários foram preenchidos. (Se você precisar de uma medida para isso, use a palavra “taxa de preenchimento”.) |
| Cookies usados | Indique se os cookies foram usados para atribuir um identificador de usuário exclusivo a cada computador cliente. Em caso afirmativo, mencione a página na qual o cookie foi definido e lido e por quanto tempo o cookie foi válido. Foram evitadas entradas duplicadas ao impedir que os usuários acessassem a pesquisa duas vezes; ou as entradas duplicadas do banco de dados com o mesmo ID de usuário foram eliminadas antes da análise? Neste último caso, quais entradas foram mantidas para análise (por exemplo, a primeira entrada ou a mais recente)? |
| Verificação de IP | Indique se o endereço IP do computador cliente foi usado para identificar possíveis entradas duplicadas do mesmo usuário. Em caso afirmativo, mencione o período de tempo durante o qual não foram permitidas duas entradas do mesmo endereço IP (por |

| | |
|---|--|
| | exemplo , 24 horas). Foram evitadas entradas duplicadas ao evitar que usuários com o mesmo endereço IP acessassem a pesquisa duas vezes; ou as entradas duplicadas do banco de dados com o mesmo endereço IP em um determinado período foram eliminadas antes da análise? Neste último caso, quais entradas foram mantidas para análise (por exemplo , a primeira entrada ou a mais recente)? |
| Análise de arquivo de log | Indique se foram utilizadas outras técnicas de análise do arquivo de log para identificação de múltiplas entradas. Se sim, descreva. |
| Cadastro | Em pesquisas “fechadas” (não abertas), os usuários precisam fazer login primeiro e é mais fácil evitar entradas duplicadas do mesmo usuário. Descreva como isso foi feito. Por exemplo, a pesquisa nunca foi exibida uma segunda vez depois que o usuário a preencheu ou o nome de usuário foi armazenado junto com os resultados da pesquisa e posteriormente eliminado? Neste último caso, quais entradas foram mantidas para análise (por exemplo, a primeira entrada ou a mais recente)? |
| Tratamento de questionários incompletos | Foram analisados apenas os questionários preenchidos? Os questionários que terminaram antecipadamente (onde, por exemplo, os utilizadores não percorreram todas as páginas do questionário) também foram analisados? |
| Questionários enviados com carimbo de data/hora atípico | Alguns investigadores podem medir o tempo que as pessoas levaram para preencher um questionário e excluir questionários que foram submetidos demasiado cedo. Especifique o período de tempo que foi utilizado como ponto de corte e descreva como esse ponto foi determinado. |
| Correção estatística | Indique se foram utilizados métodos como ponderação de itens ou escores de propensão para ajustar a amostra não representativa; em caso afirmativo, descreva os métodos. |

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Attribution (<https://creativecommons.org/licenses/by/2.0/>), que permite uso, distribuição e reprodução irrestrita em qualquer meio, desde que o original trabalho, publicado pela primeira vez no Journal of Medical Internet Research, é devidamente citado.

ANEXO 2: CFPP VERSÃO BRASILEIRA ONLINE

As questões que se seguem remetem para as suas atitudes e sentimentos frente a uma eventual gravidez e ao trabalho de parto. Não é necessário que esteja atualmente numa relação ou numa situação de gravidez para responder às mesmas. Por favor, marque com um X a opção de resposta abaixo que descreve melhor a sua posição acerca desta temática, considerando que 1 significa discordo totalmente e 6 concordo totalmente. É importante a opinião não só de mulheres que pretendem engravidar, mas também daqueles que poderão auxiliar as mesmas em todo o processo. Desta forma, solicita-se que os itens que seguem sejam adaptados de acordo com o papel de cada um.

Exemplo: Penso que eu/ minha parceira vou me sentir mal durante o parto.

Mulheres: Penso que vou me sentir mal durante o parto.

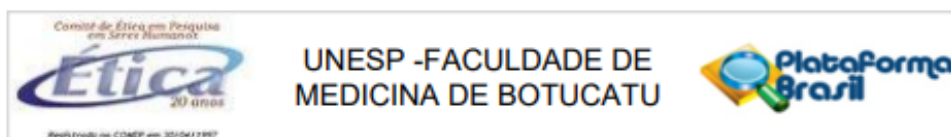
Parceiros: Penso que a minha parceira vai se sentir mal durante o parto.

| |
|---|
| <p>1. Eu me preocupo que a dor do trabalho de parto possa ser muito forte.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 1 - Discordo totalmente <input type="radio"/> 2 - Discordo <input type="radio"/> 3 - Discordo parcialmente <input type="radio"/> 4 - Concordo <input type="radio"/> 5 - Concordo totalmente |
| <p>2. Sinto que eu/minha parceira não vou ser capaz de aguentar a dor do nascimento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 1 - Discordo totalmente <input type="radio"/> 2 - Discordo <input type="radio"/> 3 - Discordo parcialmente <input type="radio"/> 4 - Concordo <input type="radio"/> 5 - Concordo totalmente |
| <p>3. Tenho medo que eu/minha parceira possa entrar em pânico e não saiba o que fazer durante o trabalho de parto e nascimento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 1 - Discordo totalmente <input type="radio"/> 2 - Discordo <input type="radio"/> 3 - Discordo parcialmente <input type="radio"/> 4 - Concordo <input type="radio"/> 5 - Concordo totalmente |
| <p>4. Tenho medo do nascimento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 1 - Discordo totalmente <input type="radio"/> 2 - Discordo <input type="radio"/> 3 - Discordo parcialmente <input type="radio"/> 4 - Concordo <input type="radio"/> 5 - Concordo totalmente |
| <p>5. Eu me preocupo que algo de ruim possa acontecer ao bebê.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 1 - Discordo totalmente <input type="radio"/> 2 - Discordo <input type="radio"/> 3 - Discordo parcialmente <input type="radio"/> 4 - Concordo <input type="radio"/> 5 - Concordo totalmente |
| <p>6. Tenho medo que eu/minha parceira possa perder o controle durante o trabalho de parto e nascimento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 1 - Discordo totalmente <input type="radio"/> 2 - Discordo <input type="radio"/> 3 - Discordo parcialmente <input type="radio"/> 4 - Concordo <input type="radio"/> 5 - Concordo totalmente |

| |
|---|
| <p>7. Tenho medo das complicações durante o trabalho de parto e nascimento.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> 1 - Discordo totalmente<input type="radio"/> 2 - Discordo<input type="radio"/> 3 - Discordo parcialmente<input type="radio"/> 4 - Concordo<input type="radio"/> 5 - Concordo totalmente |
| <p>8. O nascimento é algo imprevisível e arriscado.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> 1 - Discordo totalmente<input type="radio"/> 2 - Discordo<input type="radio"/> 3 - Discordo parcialmente<input type="radio"/> 4 - Concordo<input type="radio"/> 5 - Concordo totalmente |
| <p>9. Tenho medo de que o parto e o processo de nascimento possam fazer ao meu corpo/da minha parceira.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> 1 - Discordo totalmente<input type="radio"/> 2 - Discordo<input type="radio"/> 3 - Discordo parcialmente<input type="radio"/> 4 - Concordo<input type="radio"/> 5 - Concordo totalmente |
| <p>10. Tenho medo que o meu corpo/da minha parceira nunca mais seja o mesmo depois do parto.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> 1 - Discordo totalmente<input type="radio"/> 2 - Discordo<input type="radio"/> 3 - Discordo parcialmente<input type="radio"/> 4 - Concordo<input type="radio"/> 5 - Concordo totalmente |

Fonte: (Mizobata et.al 2024)

ANEXO 3: Aprovação do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA ESTRATÉGIA EDUCATIVA FRENTE AO MEDO DO PARTO

Pesquisador: ANDREZZA BELLUOMINI CASTRO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 47938821.6.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.961.821

Apresentação do Projeto:

Segundo informações retiradas do documento

"PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1753984.pdf", de 27 de maio de 2021, o parto normal está na lista de espécies ameaçadas do mundo desenvolvido, sendo necessário examinar criticamente as crenças que permeiam o nascimento e entender de onde vieram essas crenças e com elas moldar os cuidados que prestamos às mulheres. Considerando que estudos de intervenção são limitados e, uma vez que os mecanismos que sustentam o medo do parto não são totalmente explorados, torna-se necessário a realização de pesquisas para identificar precocemente os componentes do medo relacionado ao parto e o desenvolvimento de uma educação específica capaz de minimizar o sentimento de medo antes da gestação.

Diante disso, o presente estudo tem por objetivo identificar a prevalência e os fatores associados ao medo do parto, além de elaborar e validar uma estratégia educativa direcionada ao medo do parto para jovens e

Endereço: Chácara Butignóli, s/n
Bairro: Rubião Junior **CEP:** 18.618-970
UF: SP **Município:** BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1609 **E-mail:** cep@fmb.unesp.br

